

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА  
АДМІНІСТРУВАННЯ  
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР) НА ТЕМУ:  
**«ОСОБЛИВОСТІ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконав: студент 6 курсу 639 МЗ групи  
галузь знань:  
28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:  
281 Публічне управління та адміністрування  
Скоропляс Павло Іванович

Керівник:  
доцент б.в.з  
Верба Світлана Миколаївна

Рецензент:  
кандидат наук з державного управління,  
доцент  
Шульга Анастасія Алімівна

м. Миколаїв - 2022 рік

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Теоретичні основи дослідження ефективності управління закладами охорони здоров'я .....	8
1.2. Світовий досвід організації управління закладами охорони .....	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	31
2.1. Нормативно-правове забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні.....	31
2.2. Організація управління закладом охорони здоров'я в Україні .....	40
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	53
3.1. Напрямки підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я .....	53
3.2. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах.....	61
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Охорона здоров'я є однією з провідних галузей, яка відіграє важливу роль у кожній країні. Людський капітал є основою будь-якої економіки, тому важливо його зберігати і примножувати. Кожна держава по-своєму розставляє пріоритети та веде політику в галузі охорони здоров'я. В останні роки питання збереження здоров'я громадян нашої держави, підвищення доступності та якості медичної допомоги визначено у числі найважливіших пріоритетів України. Власне з цим і пов'язане проведення масштабної реформи в галузі охорони здоров'я України.

Підвищення рівня здоров'я, працездатності та трудової активності громадян безпосередньо пов'язане з доступністю та якістю медичної допомоги. У рекомендаціях ВООЗ до поняття якості включені, насамперед, якість виконання професійних функцій, зведення до мінімуму ризику при проведенні медичних втручань, задоволеність пацієнтів медичною допомогою. Відомо, що задоволеність пацієнтів медичною допомогою, а медичного персоналу працею значною мірою залежить від організації управління закладом охорони здоров'я. Весь медичний колектив, об'єднаний єдиними цілями, орієнтований на успіх, творчий розвиток, що працює в рамках закону, є потребою як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я держави в цілому.

Виконуючи соціальну місію із покращення стану здоров'я громадян України, вітчизні державні та приватні заклади охорони здоров'я все ж мають дотримуватися принципу економічної доцільності та ефективності діяльності. Саме тому сьогодні актуальним є дослідження особливостей ефективності управління закладами охорони здоров'я та з'ясування шляхів підвищення цієї ефективності управління, зокрема на основі застосування принципів стратегічного менеджменту та інноваційних засадах управління.

**Ступінь розробки проблеми.** Джерельну базу дослідження складають роботи українських та закордонних науковців, які розкривають різні аспекти управління закладом охорони здоров'я в Україні та державах світу. Так, серед наукових праць зарубіжних вчених, присвячених дослідженню організації управління закладом охорони здоров'я, варто відзначити роботи Р.Адлера та С. Квона [54], С. Хама [58; 59], І. Кіркпатріка [61; 62], Б. Рейчала та А. Дюрана [66], І. Ліндблауера та В. Вінтера [64] та інших.

Серед українських науковців, які присвячують свої роботи дослідженню організації управління закладом охорони здоров'я в нашій державі, можна виокремити роботи О. Говорко [6], П. Гуржий [8], В. Данько [9], О. Дмитрука [10] та інших.

Особливої уваги заслуговує доробок української дослідниці В. Борщ, яка у своїх роботах розкриває сучасну парадигму системи управління персоналом закладу охорони здоров'я [2], аналізує особливості імплементації механізмів стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров'я України [3]. Також слід виокремити роботу С. Назарко [21], в якій проаналізовано ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я є предметом дослідження у праці І. Яремко [53].

Однак, незважаючи на існуючий вагомий доробок зарубіжних та українських науковців, питання підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я залишається висвітленим не достатньо.

**Метою дослідження** є проаналізувати особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я, визначити напрямки підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я.

Для досягнення мети було визначено наступні **завдання**:

- розкрити теоретичні основи дослідження ефективності управління закладами охорони здоров'я;

- проаналізувати світовий досвід організації управління закладами охорони;
- проаналізувати нормативно-правове забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні;
- дослідити організацію управління закладом охорони здоров'я в Україні;
- визначити шляхи підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження є система управління медичним закладом.*

*Предметом дослідження є особливості та шляхи підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я.*

**Методи дослідження.** У ході виконання магістерської роботи було використано такі методи: описовий – для розкриття сутності управління закладами охорони здоров'я в країнах світу; формально-логічний метод – для визначення поняття «ефективність управління закладами охорони здоров'я» і для його подальшого застосування; системний – для аналізу особливостей організації управління закладом охорони здоров'я в Україні; структурно-функціональний для аналізу шляхів підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я.

Системний підхід є методологічною основою всієї роботи й використовується для вирішення більшості завдань дослідження. Зокрема, з позицій системного підходу розглянуто нормативно-правове забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні. Також для аналізу законодавчих актів та нормативних документів використовувався системно-аналітичний метод.

**Наукова новизна одержаних результатів** обумовлена тим, що дане дослідження є спробою комплексного аналізу особливостей ефективності управління закладами охорони здоров'я, напрямів підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я.

Основні положення дослідження, що визначають наукову новизну одержаних результатів, полягають в наступному:

- уточнено поняття «управління закладом охорони здоров'я», під яким варто розуміти складний та багатofункціональний процес, комплекс дій у організаційній, кадровій, економічній та господарській площині, спрямований на ефективну роботу закладу охорони здоров'я, надання якісних медичних послуг, економічну ефективність та ефективного використання кадрового ресурсу медичної установи.

- запропоновано шляхи підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я через застосування можливостей новітніх інформаційних технологій (зокрема, застосування медичних інформаційних систем для комплексної автоматизації основних процесів медичних закладів, як-то МІС ЕМСІmed); вироблення та роз'яснення колективу нової мотиваційної системи, фінансова складова якої буде залежати від якості надання медичних послуг; через залучення нових джерел фінансування (зокрема, через участь у міжнародних проектах та грантових програмах, через більш тісну взаємодію із органами місцевого самоврядування).

**Практичне значення одержаних результатів.** Положення і висновки роботи можуть бути використані для подальшого науково-теоретичного дослідження особливостей та шляхів підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я, а також у навчальному процесі під час навчання фахівців з публічного управління.

**Особистий внесок магістранта.** Магістерська робота є самостійним завершеним дослідженням. Наукові положення, розробки, результати, висновки і рекомендації отримані автором самостійно.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та висновки дослідження апробовано у формі доповіді на IV Міжнародна студентська наукова конференція «Сучасні аспекти та перспективні

напрямки розвитку науки» (2022 р., м. Ужгород) на тему «Зарубіжна практика впровадження системи управління якістю в медичних закладах».

**Структура роботи** зумовлена її метою та завданнями і складається зі вступу, трьох розділів, що мають шість підрозділів, висновків та списку використаних джерел (69 найменувань). Загальний обсяг роботи становить – 82 сторінки, з яких 74 – основного тексту.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Теоретичні основи дослідження ефективності управління закладами охорони здоров'я

Системи охорони здоров'я можуть грати важливу роль в поліпшенні здоров'я населення в цілому, здійснюючи свої чотири функції:

1) надання послуг: забезпечення індивідуальними медичними послугами і здійснення заходів щодо попередження хвороб і пропаганді здорового способу життя;

2) фінансування: збір, об'єднання і розподіл фінансових коштів між постачальниками послуг, із забезпеченням справедливості, прозорості, захисту населення від витрат, пов'язаних з готівкою виплатами за використання медичних послуг, і наданням стимулів для ефективного і якісного обслуговування;

3) формування кадрових та інших ресурсів: інвестування в відповідне поєднання необхідних людських і матеріальних ресурсів, в тому числі в оснащення установ, технології та фармацевтичні препарати, для забезпечення оптимальних результатів;

4) стратегічне управління: політика (в тому числі впливає на детермінанти здоров'я), що регулюють механізми, заходи по здійсненню і інструменти реалізації, в тому числі системи прозорого моніторингу та оцінки для забезпечення керівництва і підзвітності.

Керівна роль уряду, міністерства охорони здоров'я, інших ключових медичних установ і відповідальних осіб є важливою частиною цього процесу. Вона забезпечує можливість впроваджувати цілі щодо здоров'я в



інші стратегії та здійснювати міжвідомчі дії, спрямовані на поліпшення здоров'я.

Ефективність охорони здоров'я полягає у відновленні здоров'я головної складової частини продуктивних сил суспільства – людини, сприяючи зниженню захворюваності, зростанню продуктивності праці, продовженню працездатного періоду. В цілому ефективність охорони здоров'я виражається як ступінь його впливу та впливу на збереження та покращення здоров'я населення, що сприяє підвищенню продуктивності праці, зменшенню витрат на охорону здоров'я та соціальне забезпечення.

На думку Д. Медяник та В. Липчанського, «ефективність державного управління – це поняття, яке позначає співвідношення результатів і досягнутих суспільних цілей, результатів і використаних державних ресурсів. Ефективне управління є діяльністю з найкращими з можливих результатами задоволення» [18, с. 24].

Під поняттям «ефективність» розуміють ступінь досягнення конкретних результатів [45, с. 134]. При цьому поняття ефективності в охороні здоров'я не може бути ототожнене з загальноекономічною категорією ефективності. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці та використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий», навіть «негативний» результат [6, с. 93].

Управління закладами охорони здоров'я – це утримання та нагляд за розвитком, обслуговуванням, безпекою та діяльністю закладів охорони здоров'я. Це включає в себе будь-яку установу, яка надає медичні послуги, наприклад клініки, стаціонарні установи, хірургічні центри та лікарні, і охоплює всі аспекти утримання закладів.

Науковець П. Гуржий вказує, що «заклади охорони здоров'я мають специфіку управління, яка обумовлюється особливим предметом діяльності та соціальною спрямованістю функціонування системи. Результатом діяльності закладу охорони здоров'я є послуга, яка надається пацієнтам, яких, у свою чергу, слід розглядати як основні елементи

зовнішнього середовища для медичної установи. Крім того, медичні послуги слід віднести до соціальних послуг, що передбачає взаємозв'язок ефекту для споживача і для суспільства у цілому» [8].

На думку українських дослідників В.Журавель та Н. Дейкун, «управління медичною організацією є ключовою проблемою ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Від правильно обраної концепції управління та практичної її реалізації залежить стан господарюючого суб'єкта, динаміка його розвитку і кінцеві результати діяльності (якість медичних послуг, зниження захворюваності населення, підвищення економічної ефективності тощо)» [12, с. 34].

Варто сказати про ознаки медичних закладів, які визначають характер їх діяльності і впливають на процес управління. До них відносяться:

- складність визначення якості і виміру результатів роботи;
- висока спеціалізація основної діяльності;
- відсутність права на невизначеність та помилку;
- потреба у тісній координації роботи різноманітних підрозділів;
- висока кваліфікація персоналу;

б) необхідність контролю з боку адміністрації закладу охорони здоров'я за діяльністю лікарів, які мають безпосередній вплив на визначення обсягу робіт і витрат медичного закладу [8].

За визначенням П. Гуржий, «менеджмент у сфері охорони здоров'я слід визначити як процес, який включає як міжособистісні, так і технічні аспекти, за допомогою яких визначаються і виконуються цілі закладу охорони здоров'я, шляхом використання людських, матеріальних ресурсів, а також різноманітних технологій» [8].

І. Яремко вказує, що «динамізм змін ринкових, державних та фінансово-господарських механізмів вимагає адекватних змін у підходах до управління закладами охорони здоров'я. У цих умовах пріоритетним завданням управління закладами охорони здоров'я стає не тільки

ефективне використання обмежених ресурсів, але й виникає необхідність зміни управлінської парадигми. Принципи підприємницької діяльності стосуються не тільки закладів приватного сектору охорони здоров'я, але й стають необхідними і для бюджетних (державних) закладів, перетворених на комунальні некомерційні підприємства. В управлінських системах такого типу виникає необхідність використання ринкових інструментів – бізнес-планування, новітніх механізмів та засобів фінансового і стратегічного менеджменту тощо» [53].

Ефективність охорони здоров'я, його служб і окремих заходів вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності. Розрахунок показників ефективності охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками:

1. По виду ефективності: медична, соціальна, економічна.
2. За рівнем: рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів; рівень роботи галузі охорони здоров'я; рівень народного господарства.
3. По етапах або розділами роботи: на етапі попередження захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації.
4. За обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм.
5. За способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати.
6. За витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живої і суспільної праці.
7. За формою показників: нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; вартісні показники [18, с. 24].

Ефективність закладу охорони здоров'я не може бути визначена однозначно. Стосовно охорони здоров'я, визначаються три типи ефективності: медична; економічна; соціальна.

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату. Відносно одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я і галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення. Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності.

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату. Відносно конкретного хворого - це повернення його до праці та активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї галузі – це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.

Економічна ефективність – це співвідношення отриманих результатів і витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідним складовим ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів та структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення [21, с. 26].

Є. Репринцева відзначає, що «практика застосування першої моделі була притаманна Радянському союзу, де система централізованого фінансування і постачання виключала будь-яку ініціативу керівника в питаннях фінансового забезпечення діяльності лікарень та поліклінік, в

тому числі і залучення додаткової кількості пацієнтів. Ця модель, була цілком виправданою в командно-адміністративній системі, але перестала відповідати сучасним вимогам, так як керівник медичної організації повинен знати методи управління господарюючим суб'єктом в умовах ринкової економіки, використовуючи весь арсенал менеджменту та маркетингу» [41, с. 255].

Варто відзначити трирівневу структуру управління закладом охорони здоров'я:

- стратегічний рівень несе відповідальність за наслідки прийнятих рішень (вищий керівний склад, у т. ч. спеціалісти, які мають відповідну економічну та фінансову підготовку, головні лікарі, їх заступники);

- тактичний рівень несе відповідальність за оптимальний розподіл ресурсів а обраною стратегією, організацію і контроль досягнення поточних результатів (завідувачі відділеннями, головна медсестра);

- оперативний рівень відповідає за ефективне виконання виробничих (лікувально-діагностичних) процесів в окремих підрозділах (старші медсестри).

Через існування таких трьох рівнів виокремлюють три моделі управління закладом охорони здоров'я (рис.1).

Перша модель передбачає управління закладом охорони здоров'я особою, яка має медичну освіту.

Друга модель активно застосовується у США. Перевагами цієї моделі більш грамотне рішення багатьох питань управління медичним бізнесом. Але такий вид керівництва проблематичний тим, що головний менеджер недостатньо знає специфіку охорони здоров'я, підпадає під сильний вплив свого заступника (головного лікаря) та медичного оточення [2, с. 74].

Третя модель, найбільш оптимальна, передбачає, що комплексні знання та системний підхід керівництва закладу охорони здоров'я дають

можливість швидко та адекватно реагувати на зміни, що відбуваються у внутрішньому та зовнішньому середовищі організації.

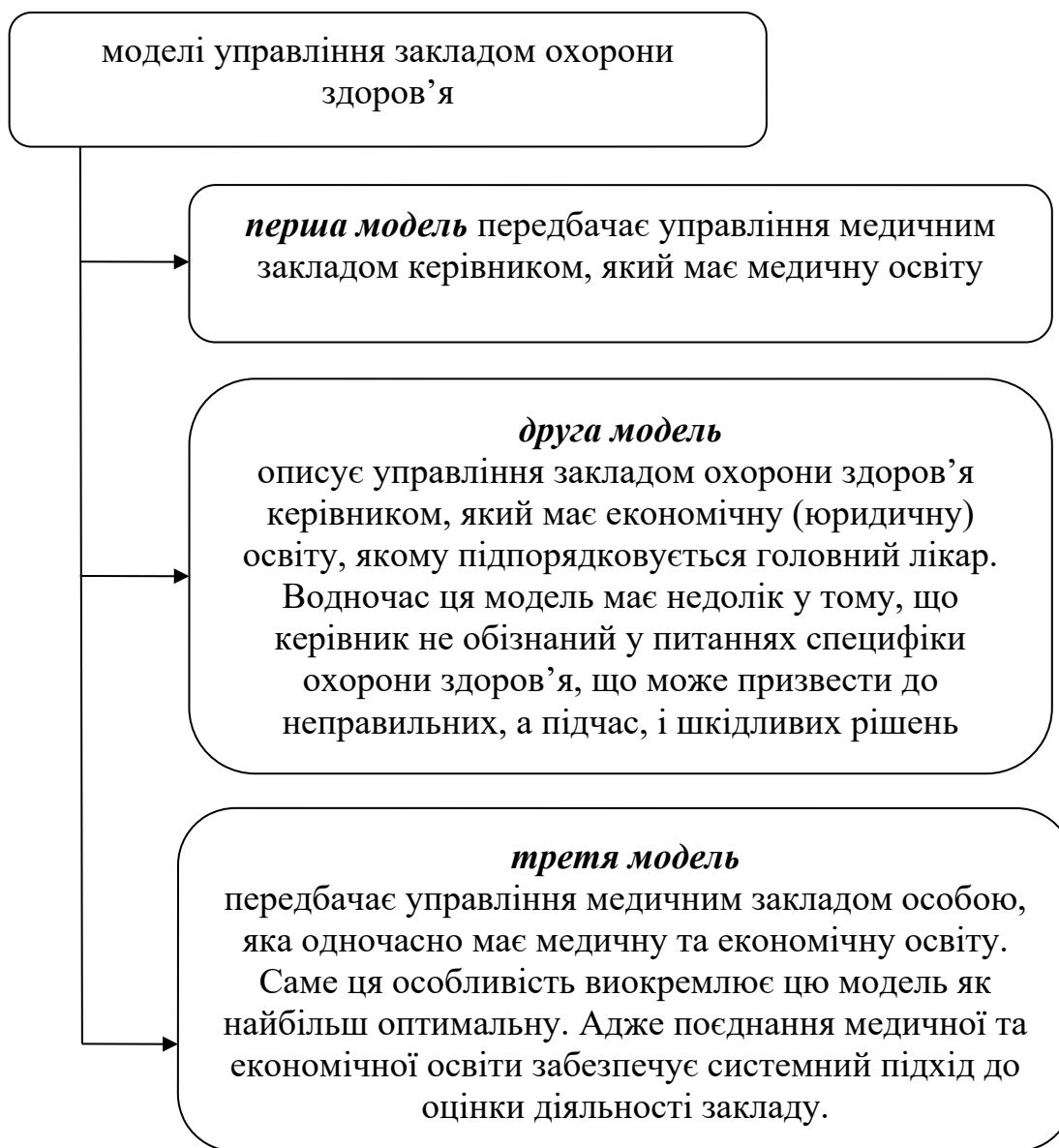
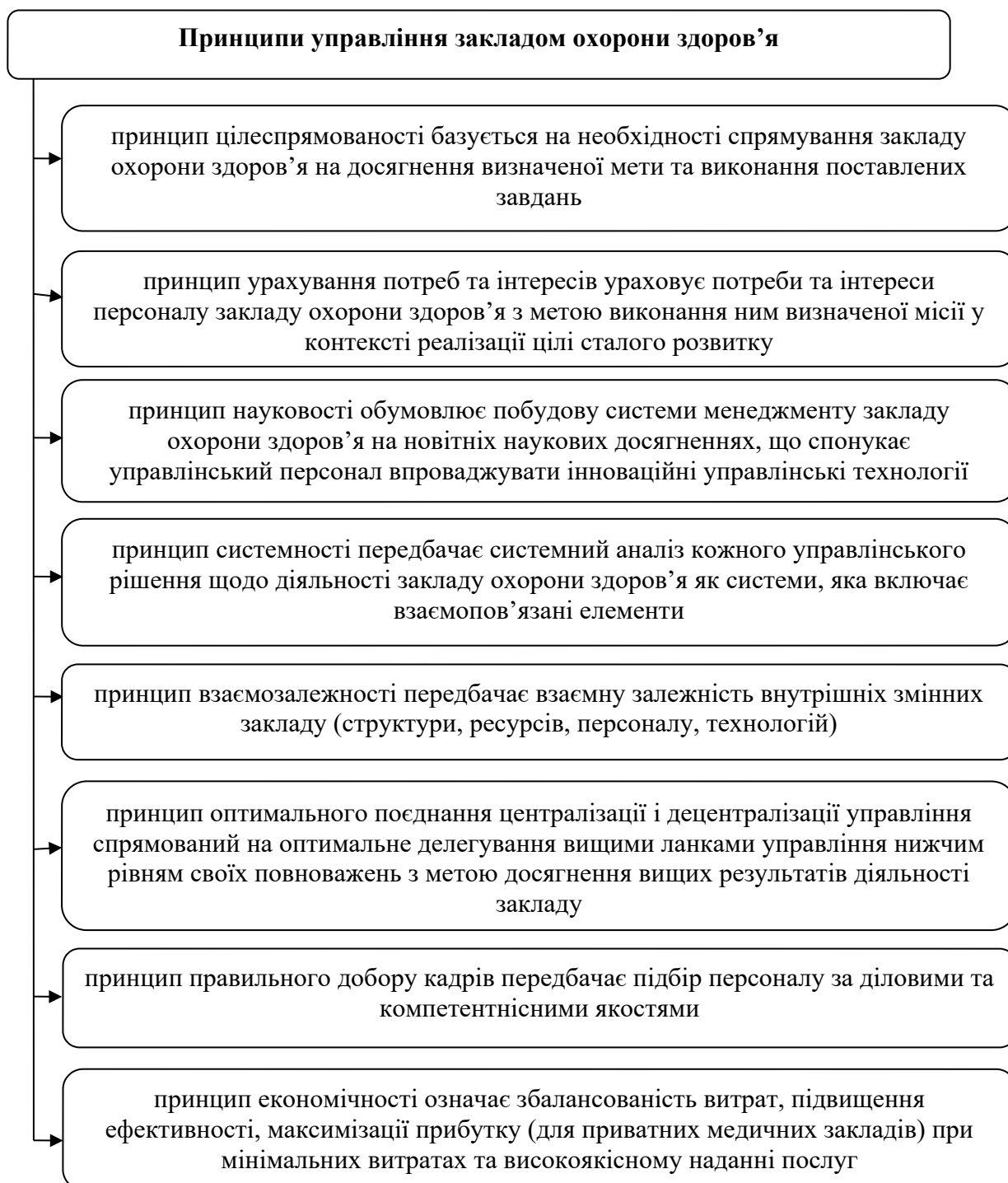


Рис. 1. Моделі управління закладом охорони здоров'я [8]

Об'єктом системи управління закладу охорони здоров'я є персонал, діяльність якого визначається установкам і розпорядженням суб'єкта управління, виробничі процеси (технологічні стандарти виконання операцій і процедур та медико-економічні стандарти), ресурси (матеріально-технічна база, фінанси).

Процес управління закладом охорони здоров'я базується на застосуванні низки важливих принципів (рис.2).



*Рис. 2. Принципи управління закладом охорони здоров'я*

Ефективне управління закладами охорони здоров'я передбачає виконання низки функцій установою. Зокрема, це функція планування, за допомогою якої заклад охорони здоров'я визначає, яким чином він

досягатиме своїх цілей. Наступною є організаційна функція, яка передбачає розробку структури управління, що забезпечує оптимальний розподіл праці, підбір та розстановку кадрів, встановлення прав та обов'язків співробітників, забезпечення ресурсами. Важливою є функція мотивації, яка спрямована на забезпечення процесу спонукання персоналу, що створює оптимальні умови для досягнення як особистих цілей, так і цілей медичного закладу у цілому. Також ефективно управління закладами охорони здоров'я передбачає виконання функції контролю, яка полягає у визначенні відповідності планових показників та конкретних результатів діяльності.

Група українських науковців Н. Машта, В. Жданюк та Р. Паш вказують і на таку функцію управління закладом охорони здоров'я як організація захисту прав споживачів медичних послуг. Ця функція покликана забезпечити впорядкованість правової, технічної, економічної та соціально-психологічної діяльності усіх працівників і структурних підрозділів закладу, оскільки чітко розмежовує сфери відповідальності, види діяльності працівників та взаємозв'язки між конкретними працівниками та підрозділами [17].

Вчені відзначають, що «споживачів медичних послуг у закладі охорони здоров'я необхідно створити систему, у якій керівництво лікарні координуватиме рішення щодо забезпечення прав пацієнтів, а медичний персонал відповідатиме за належне функціонування усіх складових системи (технічних, технологічних, організаційних, економічних, соціальних) задля підвищення задоволеності пацієнтів» [17].

П. Гуржий виокремлює методи управління закладами охорони здоров'я. Науковець називає «економічні – система прийомів і способів впливу на виконавців за допомогою конкретного виміру витрат і результатів; - організаційно-розпорядчі – це методи прямого впливу, які мають директивний, обов'язковий характер та засновані на дисципліні, відповідальності, владі та примусі; - соціально-психологічні – методи, які



характеризуються соціальною спрямованістю та високою часткою людської участі. До таких методів відносять моральне заохочення, переконання, особистий приклад, регулювання міжособистісних та міжгрупових відносин» [8].

Методи управління закладами охорони здоров'я залежать від того, якими є розбіжності у моделях управління у приватному і державному секторах і чи можливе використання досвіду, накопиченого у межах одного із секторів, для вдосконалення управління організаціями за іншому секторі.

І. Яремко справедливо зауважує, що «Внутрішньо господарський механізм управління закладами охорони здоров'я, як і в багатьох інших видах діяльності, розглядається як система цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (орган управління закладом, наділений повноваженнями щодо прийняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку).

Враховуючи соціальний зміст і суспільну значущість функціонування закладів охорони здоров'я, у змістове наповнення механізмів управлінської системи покладається дещо інша система цільових орієнтирів. Результативна функція будь-якого закладу галузі не може бути спрямована винятково на одержання прибутку навіть за умови, що цей медичний заклад є комерційною організацією. Основу системних механізмів управління закладами галузі складають базові засади державного регулювання, якими визначається сукупністю правил, законів, певних процедур щодо регламентування діяльності, зокрема й прийняття управлінських рішень (механізми внутрішнього управління)» [53, с. 130].

В теорії та практиці виділяють три підходи до управління системою охорони здоров'я загалом, що визначає особливості управління конкретним закладом охорони здоров'я.

1. Децентралізація управління з перенесенням функцій управління на окремі об'єкти охорони здоров'я або їх об'єднання (США, на думку деяких

авторів, та Німеччина). Охорона здоров'я США практично повністю підпорядкована законам ринку та принципам самоврядування. У цій країні домінують економічні методи, а також традиції менеджеріалізму та корпоративного управління, перенесені до сфери надання медичної допомоги. Роль держави полягає в основному в моніторингу системи та організації окремих підсистем (фінансування окремих програм для бідних, літніх, організація центрів боротьби з туберкульозом, СНІДом та ін.).

2. Централізоване управління з домінуючим державним органом (Франція, Іспанія, низка країн Східної Європи, країни СНД, Китай). Як правило, це країни або з низьким рівнем бідності та вкрай нестійкою соціально-економічною ситуацією, або з пануванням традицій в управлінні (азіатські країни), в яких єдиним можливим методом управління є адміністративно-управлінський, що характеризується жорсткою регламентацією та плануванням усіх служб та департаментів, ієрархічною підпорядкованістю та високим ступенем бюрократизації.

3. Змішана система, в якій державний вплив співіснує з незалежними комерційними або некомерційними медичними організаціями, які самостійно приймають управлінські рішення (Великобританія, Канада, Німеччина, Нідерланди, Японія та ін.). На цей підхід слід звернути більшу увагу не тільки тому, що він характерний для переважної більшості розвинених країн, але і тому, що він дає необхідний рівень ефективності роботи системи. Це свідчать і соціологічні дослідження, і об'єктивні показники доступності та якості медичної допомоги.

Основним елементом реформування охорони здоров'я у країнах із змішаною системою управління медичною допомогою є принцип керованої конкуренції. Він означає, що держава, з одного боку, мінімізує своє втручання у ті сфери охорони здоров'я, де дія ринкових принципів конкуренції дозволить підвищити якість тих чи інших медичних послуг, сприятиме різноманітності останніх. Роль державних органів управління може обмежуватися лише встановленням певних орієнтирів та

рекомендацій, а також видачею ліцензій деяким категоріям медичних закладів [17].

Управління закладами охорони здоров'я є процесом складним та передбачає проведення декількох етапів:

Перший етап – це етап, на якому формулюється мета, визначаються бажані показники, як-то збільшення переліку медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я через відкриття відділення нових методів діагностики, які потрібно опанувати під час прийняття управлінського рішення.

Другий етап – це етап визначення об'єкту, виділення цього об'єкту із середовища, з'ясування управляючого впливу та реакції на нього, виявлення обмежень. Цей етап характеризується виникненням проблеми керованості системи, її спроможності змінюватися під впливом управлінських дій.

Третій етап передбачає проведення структурного синтезу моделі: визначення структури, зв'язків [6].

На четвертому етапі відбувається ідентифікація параметрів моделі: чітке розуміння складових системи, які функції передбачається виконувати, чи є для цього необхідні матеріальні, людські, фінансові можливості, які додаткові функції вони могли б виконати за певних умов.

П'ятий етап передбачає проведення планування експерименту. А шостий етап передбачає проведення синтезу управління: підготовка виконавчих дій, нормативних документів і чіткий їх розподіл між виконавцями. На останньому, сьомому, етапі відбувається безпосереднє здійснення управління: організація виконавчих дій, контроль за ними, за необхідності їх коригування.

Як вказує Л. Стефанишин, «Усі управлінські рішення мають відповідати таким вимогам:

- бути конкретизованими кількісно: результат кожного управлінського рішення має вимірюватися кількісним показником, досягнення якого буде прийматися як факт виконання;

- характеризуватися терміном виконання;

- бути досяжним: в організації достатньо ресурсів і можливостей для його виконання чи запропоновано план із залучення таких ресурсів чи набуття необхідних можливостей;

- закріплено відповідальну особу за виконання такого рішення.

Прийняття управлінських рішень у закладах охорони здоров'я стосується таких сфер менеджменту:

- планування (організаційне, операційне, фінансове, кадрове, планування розширення/скорочення переліку медичних послуг);

- фінансовий контролінг і управління оплатою праці;

- розподіл ресурсів і кадрові ротації;

- розвиток ресурсів, зокрема використання прогресивних інформаційних технологій, упровадження технологічних інновацій, підвищення кваліфікації медичного персоналу;

- загальна ефективність – підвищення ефективності й продуктивності медичного закладу» [43, с. 161].

Отже, управління закладом охорони здоров'я – це комплекс дій у організаційній, кадровій, економічній та господарській площині, які спрямовані на ефективну роботу закладу, надання якісних медичних послуг, економічну ефективність та формування команди професіоналів медичної сфери на базі конкретного закладу охорони здоров'я.

## **1.2. Світовий досвід організації управління закладами охорони здоров'я**

Заклади охорони здоров'я зіштовхуються у своїй діяльності з багатьма проблемами. У багатьох країнах світу заклади охорони здоров'я мають великі витрати, пов'язані із технологічними змінами, які підштовхують до зростання витрат на надання медичної допомоги. Через ці процеси зростають і очікування пацієнтів.

Органи державної влади у європейських країнах зіштовхнулися із проблемою необхідності реструктуризації традиційного управління в закладах охорони здоров'я, щоб ці заклади могли адаптуватися до змін середовища та краще задовольняти потреби пацієнтів. Відповіддю на ці виклики стала децентралізація управління лікарнями та розширення можливостей лікарень - автономія.

Автономні заклади охорони здоров'я більш гнучкі у задоволенні потреб місцевого населення та є більш ефективними, оскільки це дозволяє здійснювати активні закупівлі. Державна/приватна форма власності та організаційно-правова форма лікарень визначає, які варіанти політики можуть бути доступні.

Великобританія та Нідерланди скасували центральні органи планування капітальних вкладень у лікарні та запровадили децентралізовані форми управління лікарнями, перекладаючи відповідальність за планування на рівень окремої лікарні, зробивши їх автономними. Втім, держава втручається там, де це необхідно, щоб запобігти банкрутству закладу охорони здоров'я, підкреслюючи продовження необхідності участі уряду.

Іншою відповіддю було створення нових проміжних адміністративних рівнів для планування та інвестицій. Залучення місцевих або регіональних урядів у європейських країнах, як правило, пов'язане з

більш широким управлінням системи охорони здоров'я (Німеччина, Франція та Іспанія).

Проте в Італії та Фінляндії відбулася територіальна консолідація з місцевими або регіональними органами, які співпрацюють для координації інвестицій та планування послуг.

Існує багато форм децентралізованого управління закладом охорони здоров'я. Багато країн в Європі вже застосовують децентралізовані системи управління закладами охорони здоров'я, що є результатом давніх історичних процесів, а не спрямованою державною політикою. В інших країнах системи охорони здоров'я та управління закладами цих систем були активно децентралізовані, або як частина більш широких політичних змін або як частина конкретного пакету реформ.

Кількість важелів впливу, які мають політики, залежить від інституційних механізмів, так і від механізмів підзвітності. Насправді простору для маневру дуже мало оскільки ступінь децентралізації, по суті, залежить від контексту. Перенести досвід однієї країни в іншу просто неможливо, тому що контекст має вирішальне значення. Різні інституційні механізми в різних країнах, а також цінності, на яких вони лежать, неминуче впливають на результати, яких можна досягти за допомогою політики децентралізації.

Європейські країни децентралізують управління закладів охорони здоров'я задля:

- підвищення технічної ефективності шляхом впровадження поділу покупець-постачальник;
- підвищення ефективності розподілу через більшу реакцію на місцеві потреби;
- стимулювання інновацій через локальні експерименти;
- розширення повноважень місцевого самоврядування, надавши йому більше можливостей;

- покращення якості за рахунок кращого доступу та більшої інтеграції;
- збільшення власного капіталу шляхом перерозподілу ресурсів [65].

З початку 1980-х років усі європейські країни віддають пріоритет реформі управління медичними послугами. Ця тенденція знаходиться під сильним впливом ідей нового державного менеджменту (NPM) і ширшої мети збільшення конвергенції між практиками державних організацій і приватних фірм [55, с. 3.]. Результатом стала помітна зміна в організаційному та фінансовому ландшафті державних лікарень, збільшенні їхньої автономії у прийнятті рішень на місцевому рівні, водночас посиленні вимог щодо досягнення цільових показників. Багато в чому ці зміни створили прямий виклик домінуванню клінічних професіоналів (особливо лікарів) в управлінні державними лікарнями. Ці професії відіграють ключову роль у прийнятті рішень щодо лікування пацієнтів, що неминуче впливає на загальний розподіл ресурсів, які уряди та інші платники прагнули обмежити або спрямувати. Проте відмінною рисою цих реформ також було прагнення залучати самих професіоналів до управління послугами [65, с. 631].

Це призвело до того, що лікарі та медсестри стали менеджерами на повний робочий день або «гібридними» професійними менеджерами на неповний робочий день, на посадах директора клініки або лікарів загальної практики, які відповідають за бюджет. Нещодавно прозвучали заклики заохочувати ширшу групу клінічних професіоналів, включаючи тих, хто, можливо, ніколи не стане менеджерами, брати участь у «лідерській» діяльності, щоб очолити реформу медичних послуг. Дійсно, оскільки зараз багато професійних організацій активно підтримують або – в деяких випадках – стимулюють ці зміни, здається, що клінічне лідерство перемістилося з «темної сторони на центральну» [59, с. 167].

Починаючи з організаційного ландшафту, більшість систем державних лікарень у Європі історично набули форми вертикально інтегрованих ієрархій із суворим контролем над фінансуванням і кадровими рішеннями, що здійснюються національними або регіональними рівнями державної адміністрації. Це означало, що значна частина формального управління (або адміністрування) послугами, такими як ті, що надаються в лікарнях, виконувалася на вищих рівнях, поза полем зору клінічних спеціалістів, які регулювали свою власну практику в лікарнях [56, с.734].

Проте реформи нового державного менеджменту почали змінювати це середовище. Зокрема, були зроблені кроки до децентралізації управління послугами на більш оперативному рівні медичних послуг і, в той же час, підвищили як формальну автономію (і підзвітність за ефективність) організацій, таких як лікарні [66]. Ця реструктуризація може включати повну приватизацію державних лікарень, хоча більш імовірно, що вона включала «корпоратизацію» – «зміну правової форми, яка відокремлює надання послуг від традиційних державних установ, зберігаючи організацію в руках держави» [64, с. 311].

Приклади цієї моделі можна знайти в європейських системах охорони здоров'я, включаючи «самоврядні» та «фундаментальні трасти» в Англії, товариства з обмеженою відповідальністю в Чехії, «лікарні державних підприємств» у Португалії, а також різноманітні різні моделі в Іспанії.

Спільним для всіх цих змін є мета перетворення лікарень (або груп лікарень) у більш «повні організації» «шляхом встановлення або зміцнення місцевої ідентичності, ієрархії та раціональності». Подібно до фірм у комерційному секторі, лікарні тепер мають свої власні механізми управління, що складаються з виконавчих рад із різним ступенем фінансової та операційної автономії. Вони також стикаються зі зростаючими вимогами щодо підвищення продуктивності та



ефективності. У деяких випадках це може походити від більш нав'язливих форм управління продуктивністю та встановлення цілей – факт, який, як стверджують деякі спостерігачі, висміює ідею про те, що лікарні тепер незалежні. Зростаючий зовнішній тиск також пов'язаний із тим, як багато країн зараз фінансують державні лікарні, відходячи від блокових додаткових бюджетів до потоків доходу, які є більш змінними, пов'язаними з попитом пацієнтів і використанням послуг (наприклад, групи, пов'язані з діагностикою).

Ці структурні зміни явно впливають на відносини між медициною та управлінням. З одного боку, вони можуть розглядатися як загроза домінуванню медицини, посилення важелів впливу професійних менеджерів. Проте, водночас, реструктуризація може сприяти зростанню залучення лікарів (та інших) до процесу управління [64, с. 314]. Радикальні зміни у фінансуванні та автономії лікарень можна розглядати як зовнішню загрозу (для самого виживання лікарні), так і як можливість інновацій з новим дизайном послуг.

Друга характеристика реформ нового державного менеджменту, яку варто тут відзначити, стосується поширення альтернативних моделей управління клінічними послугами в лікарнях. Як було зазначено вище, історично стандартна модель лікарняної організації мала багато ознак професійної бюрократії, з управлінням, формально відокремленим від «світу» догляду та лікування [58, с. 59]. Зазвичай це включало паралельні ієрархії, коли лікарі були представлені старшим медичним комітетом, формально не підзвітним старшим адміністраторам або відповідальним (або навіть обізнаним) про рішення щодо ресурсів. Самі адміністратори, як правило, діяли як дипломати, зосереджені на досягненні консенсусу між різними зацікавленими сторонами.

Навпаки, реформи нового державного менеджменту допомогли започаткувати радикально інші моделі внутрішньої організації (і управління) клінічними операціями. Мабуть, найвпливовішою з них є

модель клінічних директоратів (CD), яка спочатку була запроваджена в лікарні Джона Гопкінса, навчальній лікарні в Балтіморі в 1972 році, але яка згодом поширилася набагато ширше [61, с. 53].

Згідно з Брейтуейтом і Вестбруком «Концепція клінічного директора (CD) відносно швидко поширилася таким чином, що теоретики поширення інновацій вважали б передбачуваною привабливою ідеєю», так що «кожна велика лікарня зараз має певну форму структури CD як ключовий компонент своєї механізми управління». Інші моделі більше зосереджені на знищенні кордонів між клінічними спеціальностями та відділеннями, заохоченні міжпрофесійної командної роботи та співпраці навколо загальних процесів або шляхів проходження пацієнтів [54, с. 364].

Як і у випадку зі структурними змінами, описаними вище, ці нові організаційні моделі, швидше за все, посилять тиск на медичних працівників, щоб вони брали участь в управлінні послугами. Найбільш очевидно це стосується клінічних директоратів, які в більшості країн пов'язані з розвитком ролей «гібрид професіонал-менеджер», які зазвичай обіймають старші консультанти. Більш амбітні пропозиції щодо розвитку мереж покращення послуг і реорганізації надання послуг навколо шляхів лікування пацієнтів створюють ще більш серйозні проблеми з управлінням, вимагаючи від ширшого кола клінічних професіоналів участі в брокерській діяльності та зміні керівництва [57, с. 250].

Отже, очевидно, що глобальні реформи нового державного менеджменту були критично важливим рушієм змін у відносинах між медициною та управлінням. Однак, визнаючи цей факт, було б помилкою ігнорувати роль самої медичної професії, яка просуває зміни. Дійсно, не потрібно шукати далеко, щоб знайти приклади цього. У Великій Британії Королівський коледж лікарів [62] переосмислив медичний професіоналізм для двадцять першого століття як: «множинні зобов'язання – перед пацієнтом, колегами-професіоналами та перед установою чи системою, в якій надається медична допомога. Генеральна медична рада також тепер

вимагає, щоб лікарі були не лише експертами-практиками, але й «партнерами», які працюють з менеджерами та іншими професіоналами, а також «лідерами» послуг. Подібні кроки професійних організацій, спрямовані на те, щоб задовольнити мінливі освітні вимоги, пов'язані з управлінням і лідерством, були відзначені в інших європейських країнах, наприклад, у Данії та Нідерландах [60, с. 64].

В Європі зараз стикаються з посиленням тиском щодо збільшення участі лікарів в управлінні та лідерській діяльності. Однак далеко не ясно, якою мірою це призведе до глибшого рівня залучення, і, коли це станеться [62].

Варто сказати і про функціонування Європейської асоціації керівників лікарень (ЕАНМ), яка була заснована в 1970 році згідно з французьким законодавством. Це головна асоціація для 19 провідних асоціацій менеджменту лікарень у 18 європейських країнах, що представляють понад 16 000 окремих членів. ЕАНМ явно і виключно служить суспільним інтересам. Вона не переслідує жодних політичних, економічних чи конфесійних цілей.

ЕАНМ є однією з найбільших у світі асоціацій управління лікарнями. Вона представляє як керівників державних, так і приватних лікарень у Європейському Союзі та на міжнародному рівні. Націлюючись на побудову соціальної Європи, ЕАНМ розробляє пропозиції щодо лікарняного сектору для європейських органів влади. ЕАНМ також є співрозмовником для галузі охорони здоров'я.

Бельгійська асоціація керівників лікарень, яка входить до ЕАНМ, об'єднує генеральних директорів, генеральних директорів, керуючих директорів, членів виконавчих комітетів бельгійських лікарень, відстоює їхні інтереси та надає їм навчання та підтримку.

Бельгійська асоціація керівників лікарень пишається тим, що налагодила довгострокові високоякісні відносини з рядом провідних

світових постачальників технологій охорони здоров'я та фармацевтичних препаратів [68].

Асоціація роботодавців у сфері охорони здоров'я в Хорватії, яка також водить до ЕАНМ, є найважливішою асоціацією в галузі охорони здоров'я з шістдесятирічними традиціями та є продовженням історичної послідовності об'єднання суб'єктів у сфері охорони здоров'я, початок якої сягає 1952 року. До її складу входять майже всі державні заклади охорони здоров'я, а також значна кількість приватних. Члени цієї Асоціації, за винятком органів Асоціації (Зборів, Президії, Наглядової ради) особливо діють у професійних асоціаціях, сформованих за профілем закладів охорони здоров'я. Це Професійне товариство лікарень, Професійне товариство центрів охорони здоров'я, Професійне товариство інститутів громадського здоров'я, Професійне товариство інститутів невідкладної медицини, Професійне товариство аптек і Професійне товариство поліклінік. Професійні товариства Асоціації регулярно проводять засідання, на яких обговорюються актуальні теми зі сфери діяльності цих закладів охорони здоров'я, вплив на них законодавчої та нормативної бази, питання договірних відносин із ХЗЗО.

Асоціація надає своїм членам щоденну юридичну та економічну підтримку, представництво установ через робочі органи в МОЗ та ХЗЗО, лобіювання перед управлінням охорони здоров'я, можливість проведення порівняльного аналізу ключових показників діяльності (доходи, витрати, фінансові результати), зобов'язань, претензій тощо) закладів охорони здоров'я із середніми показниками порівнюваних закладів групи [69].

У зарубіжних країнах в управлінні закладами охорони здоров'я велику увагу приділяють застосуванню «реінжинірингу бізнес-процесів». Низка науковців вказують, що така технологія допомагає закладам охорони здоров'я мати значний успіх через принципову зміну якості самої медичної послуги. Застосування технології «реінжинірингу бізнес-процесів» у медичних закладах Великобританії вказує на позитивні

тенденції. Завдяки впровадженню цієї технології було досягнуто високих результатів за такими показниками як:

- зменшення тривалості перебування у стаціонарі;
  - скорочення витрат часу на діагностику і лікування пацієнтів;
  - підвищення рівня якості медичних послуг і обслуговування; –
- зниження витрат операційної діяльності [48, с. 12].

Отже, світовий досвід вказує на існування двох ключових моделей управління закладами охорони здоров'я – централізовану та децентралізовану. Централізована модель є похідною від центральної участі держави в управлінні сферою охорони здоров'я загалом та кожним закладом цієї системи, зокрема. Децентралізована система сьогодні переважає в європейських країнах. Багато європейських країн провели так звані реформи нового державного менеджменту, які надали більшої автономії закладам охорони здоров'я.

### **Висновки до першого розділу**

На основі викладеного у першому розділі матеріалу, автор приходить до наступних висновків:

По-перше, під управлінням закладом охорони здоров'я слід розуміти складний, комплексний процес, що ґрунтується на виборі оптимальних рішень, які передбачають врахування внутрішніх проблем організації, мінливої економічної та політичної ситуації. Управління закладом охорони здоров'я може здійснюватись в межах однієї із трьох ключових моделей: перша модель – централізована, не передбачає ініціативи керівника; друга модель передбачає, що управління закладом здійснює менеджер, а не лікар; третя модель передбачає наявність комплексних знань та застосування системного підходу керівництвом закладу охорони здоров'я, яке має і медичну і економічну освіту.

По-друге, досвід країн світу демонструє ефективність децентралізована системи управління закладами охорони здоров'я, яка передбачає широку автономію у роботі медичних закладів, які, втім чітко дотримуються правилі норм законодавства країни та націлені на надання якісних медичних послуг. Також у зарубіжних країнах в управлінні закладами охорони здоров'я велику увагу приділяють застосуванню «реінжинірингу бізнес-процесів» - фундаментальному переосмисленню та радикальному перепроєктуванню бізнес-процесів для досягнення максимального ефекту виробничо-господарської та фінансово-економічної діяльності закладу охорони здоров'я, оформленому відповідними організаційно-розпорядчими та нормативними документами.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 2.1. Нормативно-правове забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні

Питання організації управління закладом охорони здоров'я в Україні актуалізувалось разом із проведенням медичної реформи в нашій державі. Основою нормативно-правової бази для забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні є Конституція України, закони України та підзаконні нормативно правові акти (укази Президента України, розпорядженні і постанови КМУ та накази МОЗ України).

Основний Закон держави статтею 49 закріплює, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [14].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ регулює питання якості медичних послуг, вказуючи, що «обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта». Цей закон зобов'язує медичних працівників сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобігати і лікувати захворювання, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу [23].

Важливим документом у організації управління закладом охорони здоров'я в Україні є Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена указом Президента України № 1313/200 7 грудня 2000 року. Цією Концепцією передбачено «створення багато секторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю МОЗ; визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я для забезпечення їх першочергового фінансування та запровадження механізмів фінансування системи громадського здоров'я, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів» [28].

У цій Концепції визначені і напрямки забезпечення розвитку системи громадського здоров'я:

- залучення додаткових коштів за рахунок джерел, незаборонених законодавством;
- додаткове фінансування регіональних ініціатив у сфері громадського здоров'я шляхом проведення відкритих конкурсів на засадах конкуренції та відбору найкращих пропозицій;
- формування державної політики з урахуванням принципів державно-приватного партнерства для вирішення соціально значимих питань у сфері громадського здоров'я;
- оптимізація ресурсів, у тому числі фінансових, які спрямовувалися на утримання інфраструктури, за рахунок запровадження сучасних технологій та методів роботи, а також вирішення питання щодо можливої передачі лабораторних центрів МОЗ на обласному та районному рівні до спільної власності територіальних громад;
- запровадження механізмів функціонування, зокрема фінансування, лабораторних підрозділів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування як єдиної мережі з метою реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, зокрема міжрегіональних (міжобласних) лабораторних центрів [28].



Серед очікуваних результатів Концепції слід виділити визначення ефективних механізмів фінансування системи громадського здоров'я, зокрема:

- фінансування системи громадського здоров'я за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством, шляхом оплати робіт у сфері громадського здоров'я, залученню висококваліфікованого персоналу для виконання завдань та функцій у сфері громадського здоров'я, створення конкурентоспроможного середовища для розвитку наукових розробок у сфері громадського здоров'я;

- використання фінансових ресурсів для розвитку інфраструктури або закупівлі необхідних робіт і послуг шляхом моделювання процесів, проведення аналізу і прогнозування їх економічної ефективності, а також їх впливу на функціонування системи громадського здоров'я;

- залучення інвестицій в систему громадського здоров'я за результатами аналізу загального обсягу витрат на використання обладнання протягом строку його експлуатації (Full Cost of Ownership);

- розроблення Центром громадського здоров'я МОЗ моделей фінансування функцій у сфері громадського здоров'я та підготовці ним пропозицій щодо фінансового забезпечення таких функцій з урахуванням можливостей існуючої інфраструктури;

- фінансування надання послуг у сфері громадського здоров'я шляхом закупівель таких послуг;

- фінансування виконання програм у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні за рахунок коштів відповідних місцевих бюджетів у порядку, визначеному законодавством.

Законодавець відзначив, що фінансування заходів по реалізації цієї Концепції здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік,

благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Слід наголосити і важливості таких документів, як наказ МОЗ України від 28.12.2011 р. № 992 «Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення») [29]; наказ МОЗ України від 23.11.2011 р. № 816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини» [30]; наказ МОЗ України від 10.02.2011 р. № 80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються». Наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»; наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [27].

Згідно із статтею 32 Закону України «Про місцеве самоврядування» «до повноважень місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток всіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, та сприяння підготовці і підвищенню кваліфікації спеціалістів» [31].

З 2016 року в Україні розпочалась реформа системи охорони здоров'я. Фактично, законодавець розпочав процес переорієнтації системи охорони здоров'я на пацієнта та давати більше простору для менеджменту окремих закладів охорони здоров'я. Що кожен заклад покращував свою ефективність та ставав конкурентним на ринку медичних послуг. Тобто в Україні почався рух до автономізації управління закладами охорони

здоров'я. Почали прийматись відповідні нормативно-правові акти, які, втім, не завжди узгоджують із вже існуючими нормами закону.

У 2016 році Кабінетом Міністрів України було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка сприяла підвищенню ефективності системи та удосконаленню підходів до моделі її фінансування.

Цим документом визначено, що «органи місцевого самоврядування стикаються з рядом перешкод для ефективного здійснення зазначених повноважень, визначених ст. 32 закону України «Про місцеве самоврядування». Виділення значних коштів з місцевих бюджетів на фінансування медицини вимушено спрямовується на спів оплату поточних видатків для надання базових медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їх персоналу [31].

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я передбачає збереження повноважень органів місцевого самоврядування у цьому секторі і створення можливостей для їх повноцінного виконання. Передусім це буде досягнуто шляхом прозорого відмежування фінансової відповідальності державного рівня влади. Кабінетом Міністрів України буде визначено чіткий, обмежений перелік послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги, надання яких буде повністю забезпечуватися за рахунок коштів державного бюджету. Місцева влада не повинна буде вишукувати кошти для надання таких послуг.

Органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету (у разі рішення відповідних громад) на управління та розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки. Крім того, місцева влада зможе витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування)» [35].

Також у Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я міститься важливе положення: «Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. Такий підхід має цілий ряд недоліків:

По-перше, у керівництва закладів не залишається управлінської гнучкості, щоб оптимізувати їх діяльність, скорочувати неефективні видатки та запроваджувати інноваційні, не передбачені типовими настановами організаційні практики.

По-друге, відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу, адже отримання фінансування жодним чином не залежить від результатів діяльності (ані від кількості наданих послуг, ані від їх якості), гроші з бюджету закладу охорони здоров'я - бюджетній установі надаються лише на підставі того, що ця установа існує, а заробітна платня її персоналу - за вихід на роботу та відпрацьований час.

Суворе управлінська дисципліна, яка притаманна моделі Семашка і яка досі застосовується в українській системі охорони здоров'я, не приводить до покращення якості, але вимагає від місцевої влади, керівництва закладів та медичних працівників формального дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (зокрема конституційної вимоги щодо безоплатного обслуговування в комунальних закладах охорони здоров'я) попри фіскальний стрес, спричинений неефективними вимогами до розподілу коштів. Це створює інституційний клімат, де кожен прагне вижити, а не підвищити функціональність та ефективність системи» [35].

В контексті питання фінансування та управління закладами охорони здоров'я в нашій державі не можна не сказати про закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII

від 6 квітня 2017 року [32]. Цей нормативно-правовий акт визначає, що «за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства та додатково встановлено «пільговий» період для реорганізації до 31 грудня 2018 року».

У 2017 році в нашій державі було створено Національну службу здоров'я. КМУ прийняв постанову № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», якою створив новий центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я [33].

НСЗУ здійснює контроль за дотриманням закладами охорони здоров'я належного виконання договорів на надання медичної допомоги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги, однак не впливає. На управлінські процеси в самих закладах охорони здоров'я.

В контексті створення НСЗУ у березні 2018 року було ухвалено постанову КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення». Цей нормативно-правовий акт закріпив, що «отримання статусу комунального некомерційного підприємства є однією з обов'язкових умов, які повинні виконати заклади охорони здоров'я для укладання договорів із НСЗУ, та переходу на нову систему фінансування медичного закладу» [34].

Тобто більшість закладів охорони здоров'я почали процес реорганізації та перетворення на комунальні некомерційні підприємства. Юридичним підґрунтям такого процесу став Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України

щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я».

Цей закон дещо змінив закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1991 року. Зокрема, було змінено статтю 16, в якій з'явилось положення про те, що «заклади охорони здоров'я, утворені в результаті реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я - державних та комунальних установ, можуть мати відокремлене майно (в тому числі кошти), закріплене за ними на праві оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розпис, мати рахунки в установах банків, печатки»

Також у цьому законі вказується, що «заклади охорони здоров'я, утворені в результаті реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я - державних та комунальних установ, можуть мати відокремлене майно (в тому числі кошти), закріплене за ними на праві оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розпис, мати рахунки в установах банків, печатки».

Однак, слід зауважити, що сьогодні в Україні органи місцевого самоврядування зіштовхуються із великою кількістю проблем під час передачі прав власності на заклади охорони здоров'я. Це відбувається через бюджетні обмеження та відсутність знань та конкретного менеджерського досвіду в цілому, а особливо в управлінні охороною здоров'я. Також, для прийняття рішень щодо додаткового фінансування потрібні вагомі обґрунтування та оцінка реальних потреб населення.

Як вказує Є. Прилипко, сьогодні «існує брак надійних даних, аналітичних інструментів та управлінських компетенцій з боку нових власників – органів місцевого самоврядування та менеджерів охорони здоров'я в частині оцінки ефективності наданих послуг та побудови інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я, в якій кожен постачальник медичних послуг відіграє ключову роль у наданні доступних, якісних та безпечних медичних послуг» [26].

Варто підкреслити, що реорганізація комунального медичного закладу у комунальне неприбуткове підприємство відповідно до частини 3 статті 64 Господарського Кодексу України надає медичній установі право самостійно визначати свою структуру, встановлювати чисельність працівників і штатний розпис [7].

Також важливими нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність та управління закладом сфери охорони здоров'я є Кодекс законів про працю України, Цивільний кодекс України, Господарський кодекс України, Кримінальний кодекс України, Кодекс України про адміністративне правопорушення, закон України «Про доступ до публічної інформації» та інші.

Окремо слід сказати про Етичний кодекс лікаря України, прийнятий у 2009 році на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства в українському місті Євпаторія. Відповідно пункту 1.1. цього документу «Положення Кодексу необхідно виконувати лікарям, адміністративному персоналу і науковцям, які мають безпосереднє відношення до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров'я» [11].

Підзаконні акти, які видають МОЗ України та регулюють окремі аспекти діяльності закладів охорони здоров'я, є важливими в управлінні закладом охорони здоров'я. Зокрема, це Наказ МОЗ України № 503 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [36], Наказ МОЗ України № 756 від 04.11.2011 р. «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форми первинної облікової документації» [37], Порядок контролю якості медичної допомоги, затверджений наказом МОЗ № 752 від 28.09.2012 р. [27] та інші.

У 2022 році триває робота над законопроектом про самоврядування у сфері охорони здоров'я. Так, у грудні 2022 року відбулась узгоджувальна

нарада із врегулювання процедурних розбіжностей у проєкті Закону «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні». Цей законопроект визначає медичне самоврядування «як ефективну систему організації медичних та фармацевтичних працівників, що сприяє професійному росту та правовому й соціальному захисту медиків, а також задоволенню їхніх соціальних, економічних та інших інтересів та потреб. Така форма об'єднання зможе забезпечити працівникам сфери охорони здоров'я право на те, щоби питання їхньої діяльності розв'язувалися безпосередньо представником професійної спільноти» [38].

Отже, в Україні створено нормативно-правову основу управління закладом охорони здоров'я. Законодавець з 2016 року, формуючи нормативно-правову основу для проведення реформи системи охорони здоров'я, почав формувати відповідну правову базу для функціонування автономізованих закладів охорони здоров'я. Ключовою перевагою перетворення (реорганізації) закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства є збільшення їхньої самостійності в господарських та управлінських справах, що сприятиме та стимулюватиме до поліпшення якості надання медичних послуг та підвищення економічної ефективності використання наявних активів.

## **2.2. Організація управління закладом охорони здоров'я в Україні**

З часу реформи медичної галузі в Україні постійно тривають дискусії щодо стану управління медичним закладом та його керівного складу, а також відповідність освіти займаній посаді. На сьогодні головний лікар медичного закладу виконує функції як адміністративні, так і медичні.

З 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно



питаннями медицини. Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть свої функції без змін до закінчення терміну дії їхніх договорів [10].

До функцій генерального директора (директора) закладу охорони здоров'я віднесено:

- стратегічне планування,
- залучення необхідних фінансових ресурсів, формування бюджету,
- координація роботи закладу,
- аналіз економічної ефективності діяльності закладу охорони здоров'я;
- організація роботи та взаємодії структурних підрозділів, залученням інвестицій тощо.

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її (Відповідний наказ від 31.10.2018 № 1977 затвердили у МОЗ України).

Сьогодні в галузі охорони здоров'я України відбуваються значні трансформації, які ознаменувалися переходом до нової моделі фінансування закладів, їхньої автономізації, а отже, й пошуком нових механізмів управління. У результаті, як приватні, так і державні медичні заклади діють в умовах зовнішнього середовища, що швидко змінюється та на яке впливає багато чинників (інституційні, правові, економічні, демографічні, техніко-технологічні тощо).

Зовнішнє середовище національних закладів охорони здоров'я характеризується інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку, відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку, недостатністю або повною відсутністю стратегічної інформації [42].

Вітчизняна дослідниця В. Борщ підкреслює, що «зовнішнє середовище медичних закладів України характеризується значною залежністю від політичної діяльності та державних інституцій, інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку, відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку, недостатністю або повною відсутністю стратегічної інформації в межах галузі» [3].

Серед чинників зовнішнього середовища опосередкованого впливу на медичні заклади можна виділити такі, як законодавча система в сфері охорони здоров'я; державні інституції, що впливають на цю галузь; економічний стан країни; демографія; ступінь науково-технічного розвитку країни та її інноваційного розвитку. Серед чинників, що безпосередньо впливають на діяльність закладів охорони здоров'я, можна виділити такі: основних конкурентів як державного, так і приватного сектору економіки; пацієнтів як основних споживачів медичних послуг; постачальників; техніко-технологічне середовище національного та регіонального ринків медичних послуг; національний та регіональний ринки медичних та фармацевтичних новацій; органи місцевого самоврядування та інші зацікавлені особи [3].

Заклад охорони здоров'я має не просто враховувати чинники, що представлено вище, у своїй діяльності, а й впливати на них та управляти ними. Вони мають стати конкурентними перевагами закладу охорони здоров'я у конкурентній боротьбі з іншими суб'єктами ринку. Також

зовнішнє середовище медичних закладів України характеризується значною залежністю від політичної діяльності та державних інституцій, інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку, відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку, недостатністю або повною відсутністю стратегічної інформації в межах галузі.

В таких умовах головним інструментом управління закладу охорони здоров'я стає стратегічний менеджмент, що представляє собою активний динамічний процес формування та реалізації стратегій закладу враховуючи постійні зміни в зовнішньому середовищі. Однак, к справедливо зауважую В. Борщ. «національна система охорони здоров'я характеризується бюрократією та консерватизмом, а отже, вона не схильна до суттєвих докорінних змін. Це є значною перешкодою для імплементації принципів та інструментів стратегічного менеджменту в українських закладах охорони здоров'я. Іншим викликом є те, що лікарі є головними учасниками системи охорони здоров'я.

Процеси реорганізації системи охорони здоров'я в Україні, не зважаючи на низку проблем та недоліків, все ж спрямовані на забезпечення росту кваліфікації кадрів та професійне зростання, достойний офіційний дохід держави. Це система є пацієнтоорієтованою та передбачає гідну оплату праці кожного медичного працівника.. У 2020 р. всі комунальні та державні медичні заклади отримували фінансування за договорами з Національною службою здоров'я України. Цей механізм до цього діяв на рівні первинної допомоги, а з 2020 р. – така модель фінансування впроваджена для оплати медичних послуг для пацієнтів вторинної (спеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної допомоги, екстреної, паліативної медичної допомоги та реабілітацію.

Сьогодні робота закладів охорони здоров'я ґрунтується на таких засадах:

1) пацієнти, які мають направлення, вільно обирають медичний заклад і лікаря (відповідно до договору з НСЗУ та переліку послуг закладу охорони здоров'я);

2) НСЗУ виступає замовником медичних послуг лікування пацієнта та сплачує за них безпосередньо закладу охорони здоров'я (НСЗУ купує послуги на умовах договору, а не виступає утримувачем медичного закладу відповідно до кошторису). Єдиним критерієм збільшення суми, отриманої закладом є кількість якісних послуг. За цієї схеми оплати керівництво закладу охорони здоров'я знає суму коштів, яку отримує авансом та розраховує виплати за надані послуги як результат.

У 2020 р. було сформовано бюджетний процес (програму медичних гарантій – гарантований пакет медичних послуг). До програми медичних гарантій включено первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну медичну допомогу, екстрену, паліативну медичну допомогу та реабілітації.

Модель фінансування спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги передбачає таку оплату медичних послуг:

1) частина коштів виплачується як глобальний бюджет на підставі історичних даних закладів;

2) визначено перелік пріоритетних послуг, оплачуваних за заявленими тарифами (кошти додаються до виплат за глобальним бюджетом);

3) госпітальна допомога оплачується у пропорції: 60% – глобальний бюджет розрахований на основі історичних даних про медичні послуги; 40% – механізм плати за пролікований випадок враховує діагностично-споріднені групи витрат. Поступово пропорція має змінюватися у бік зростання оплати пролікованого випадку.

Задля укладення договору із НСЗУ заклад охорони здоров'я повинен підтвердити свою спроможність надавати медичні послуги відповідно до специфікації послуг та умов закупівель відповідно до переліку медичних послуг [24].

Умови закупівель від НЗСУ охоплюють обладнання, обсягу послуги, медичного персоналу, його кваліфікації. Заклад охорони здоров'я надає гарантовані медичні послуги відповідно до програми за певним напрямом (кожен пролікований випадок оплачується відповідно до 40% тарифу за діагностично-спорідненими групами, а 60% – оплачується у формі глобальної ставки з урахуванням даних про попередню роботу закладу).

Важливою умовою діяльності закладу охорони здоров'я виступає і ведення медичних даних та звітності у електронній системі НЗСУ. На таку ж модель фінансування переходять центри екстреної медичної допомоги, а оплата здійснюється за глобальним бюджетом із урахуванням кількості населення (сума коштів не залежить від кількості випадків надання допомоги закладом).

У найближчому майбутньому усі регіональні заклади охорони здоров'я мають об'єднатися в єдину юридичну особу, яка співпрацюватиме за договором НЗСУ.

Варто підкреслити, що із врахуванням пріоритетного характеру найбільш поширених хвороб, їх оплата здійснюється за підвищеним тарифом з фокусуванням на станах, які спричиняють найвищу смертність або суттєво погіршують якість життя (медичні послуги лікування гострих станів, зокрема, мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, неонатальна та допомога у пологах, рання діагностика онкозахворювань).

Як відзначають А. Войтенко, О. Присяжнюк та М. Плотнікова, «амбулаторна та стаціонарна допомога визначені пріоритетними з акцентом на стаціонарозамісних технологіях. Для таких послуг розробляються стандарти обладнання, штат та організації надання допомоги. Тому операції високої складності або високого ризику ускладнень виконуються у стаціонарних умовах. Вимогою до лікаря є наявність кваліфікації виконавця з діючим сертифікатом лікаря-спеціаліста за відповідним фахом, що пройшов тематичне удосконалення. Також впроваджено стандартизацію підготовки пацієнта та проведення

маніпуляції, структуру та вимоги підготовки висновку, системний характер подання до системи e-health» [5].

Трансформація існуючої системи охорони здоров'я покликана стимулювати лікарні розвиватись, інвестувати у підвищення кваліфікації персоналу, модернізувати обладнання медичного закладу. Укладати договір з Національною службою здоров'я заклад державної або комунальної форми власності зможе у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства, що передбачає організаційну та господарську незалежність, окремі розрахункові рахунки тощо, а бюджет закладу формується самостійно на підставі власного фінансового плану (на основі збалансовано планування доходів та витрат, де Інвестиційні рішення Управління активами Залучення фінансування Бюджет Прийняття рішення Результат Задоволені клієнти Мотивований персонал Фінансова стійкість закладу охорони здоров'я Фактори впливу: – ставки капіталізації – населення громади – економічні можливості громади Візія Стратегічні цілі основними статтями доходів мед закладу є надходження від НСЗУ, місцевих бюджетів через реалізацію регіональних програм, платні послуги, залучення грантів) [5].

В Україні система мотивації та стимулювання медичного персоналу є досить неефективною та неякісною, що унеможливорює каскадний підхід до формування стратегій медичних закладів, коли усі ланки персоналу, у т.ч. й лікарський склад, залучені до цього процесу; а також призводить до небажання управлінських кадрів та персоналу розвиватися та запроваджувати нові технології. Також основною перешкодою для впровадження принципів стратегічного менеджменту в систему управління закладами охорони здоров'я є некомпетентність керівного складу цих закладів. Переважна більшість керівників медичних закладів не мають спеціальної освіти в сфері управління, економіки, фінансів тощо, що призводить до нерозуміння ними переваг якісного стратегічного процесу. Важливою перешкодою також є тривалий процес стагнації галузі охорони

здоров'я України, що призвів до проблем із фінансуванням галузі, обмеженості організаційних ресурсів та низького ступеня інноваційного розвитку цієї сфери економіки» [3].

Важливим складником в управлінні закладом охорони здоров'я в Україні є робота з кадрами. Ефективне управління персоналом закладу охорони здоров'я істотним чином впливає на вирішення питання формування ефективної моделі управління медичним закладом.

Український дослідник Л. Штаба відзначає, ефективного управління закладом охорони здоров'я, менеджеру необхідно:

- визначити роль і місце штатного розкладу при введенні ефективного контракту, організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в лікувально-профілактичному закладі;
- проаналізувати діючу нормативно-правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці охорони здоров'я;
- ознайомитися із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами і новою системою акредитації;
- оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів;
- впровадити ефективні методи управління кадрами і розрахунку потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів і умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;
- при необхідності внести корективи в прийняту систему оплати праці, методи розрахунку фонду заробітної плати, структуру зарплати працівників;
- встановити компенсаційні виплати та посадові оклади відповідно до вимог діючих правових норм у системі охорони здоров'я;
- визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників;

- вибрати найбільш адекватні й такі, що відповідають цілям і завданням організації показники, умови і критерії нарахування медичним працівникам стимулюючої частини оплати праці [50].

Важливо відзначити, що не зважаючи на низку проблем в забезпеченні управління закладу охорони здоров'я в нашій державі, сьогодні є певний прогрес в усвідомленні важливості формування в керівних працівників організацій охорони здоров'я управлінських компетентностей повільно прогресує. Кращим доказом цього є зростання попиту на «освітні програми» з «менеджменту в сфері охорони здоров'я», дані програми відкривають як медичні університети, інститути, бізнес-школи, так і невеликі приватні освітні заклади. Їх проводять як у форматі самостійних програм різної тривалості, так і у вигляді набору додаткових курсів у формі додатка до основної дипломної програми. Звичайно, що зважаючи на масштаб нашої держави, загальна кількість випускників таких програм поки що незначна, але сам факт наявності знаковий та винятково.

Зміна парадигми управління персоналом охорони здоров'я, яка відбувається в реальних умовах діяльності медичних організацій, пов'язана зі зміною системи цілей управління, ускладненням системи взаємодії суб'єктів та об'єкта управління. Керівникам медичних установ доводиться освоювати нові методи та прийоми роботи, пов'язані, з одного боку, із формуванням ринкового поля, зовнішнього середовища діяльності медичного закладу; в тому числі, розвитком конкуренції, багатоканального фінансування, реалізації національних проектів; з іншого – з необхідністю відповідати за цих умов якісно новій парадигмі управління загалом – пошуком методів і технологій управління, і, передусім, управління персоналом.

Варто погодитись із думкою В. Короленка та Т. Юрочко, які відзначають, що «донедавна саме поняття «управління персоналом» в управлінській практиці охорони здоров'я було відсутнє, що відображало слабку методологічну розробленість даної проблеми. Разом з тим, хоча «в



медичній галузі немає єдиної комплексної системи управління персоналом, питанням якості трудових ресурсів, персоналу в силу специфіки цієї сфери зазвичай приділялося значної уваги. Високий рівень кваліфікації кадрів та висока якість медичної освіти традиційно були умовою і провідними характеристиками моделі вітчизняної охорони здоров'я, яка існувала, поряд з наданням повного набору медичних послуг, доступністю медичної допомоги для всього населення країни» [15].

Організації охорони здоров'я несуть збитки, як і будь-які інші організації у разі неефективного управління фондом оплати праці, а продуктивність праці робітників може зменшуватися за несправедливої чи непрозорої системи стимулювання та компенсацій. Такий розклад створює необхідність зміни системи, форми оплати праці та вдосконалення механізмів, інструментів мотивації та стимулювання праці медичного персоналу, тому варто підкреслити, що головним завданням керівника з управління є формування якісного механізму здійснення мотивації та стимулювання персоналу, оскільки саме він впливає на працівників, активізацію їх діяльності задля підвищення продуктивності та ефективності.

Мотивація – це процес усвідомленого зваженого вибору людиною певної поведінки, яка визначається впливом зовнішніх стимулів та внутрішніх мотивів у сукупності. У трудовій діяльності мотивація дає змогу працівникам задовольнити власні потреби шляхом ефективного виконання трудових обов'язків.

Керівники закладів охорони здоров'я, вводячи мотиваційні механізми в дію, вибудовують стійку мотивацію виконання трудових обов'язків, враховуючи основні потреби підлеглих, спонукають їх до діяльності, яка приводить до досягнення поставлених цілей. При цьому індивідуальні та загальні цілі в організації є підпорядкованими, тому механізм мотивації та трудовий механізм мають бути вибудовані

індивідуально під кожного працівника, враховуючи дійсні мотиви поведінки співробітників.

Підкріплюючими елементами мотиваційного процесу є винагороди. Проте ці інструменти мають здійснюватися виключно разом із мотиваційним процесом для побудови ефективного механізму мотивування та стимулювання в організаціях. У розумінні стимулювання мотивації лежить зовнішнє спонукання до здійснення дій на основі інтересу. Кожен керівник зазвичай має справу з мотивацією та стимулюванням підлеглих. Внутрішня винагорода, тобто власне мотивація, здійснюється самою роботою, адже вона приносить почуття значущості, самоповаги, досягнення результату чи змістовності самої роботи.

Як відзначають науковці Л. Прокопець та І. Тодоріко, «найпростішим методом забезпечення та досягнення внутрішньої винагороди є наявність необхідних умов для діяльності та наявність точної постановки завдання. У межах медичної установи прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов роботи завдяки наявності необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, затвердженим Наказом МОЗ від 26 січня 2018 року № 148), комп'ютеризації, адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротації кадрів тощо. Щодо зовнішньої винагороди, то вона не може виникати від самої роботи, а має надаватися організацією. З точки зору мотивації вона є стимулом до праці, спрямованим на розширену реалізацію фактичного трудового потенціалу. Виходячи з цього, можемо сказати, що стимули та мотивація реалізують стратегію та тактику управління персоналом» [39, с. 271].

Наступним напрямком в управлінні медичним закладом – активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати:

система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associatesin Process Improvement) [Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи [1].

Обов'язковим для керівника у сфері якості є використання методу системного підходу для встановлення взаємодії всіх процесів у системі та запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги. Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління) [21].

Отже, з початком реформування системи охорони здоров'я в Україні розпочався процес переходу на децентралізовані, автономізовані методи управління закладами охорони здоров'я. Важливим стало те, що з 2019 року законодавець чітко розмежував функції директора та медичного директора. Також в Україні активізувалась системи навчання керівників закладів охорони здоров'я за окремими спеціалізованими навчальними програмами в сфері управління закладом охорони здоров'я. Важливим є процес реорганізації фінансування медичних установ. Формула «гроші ходять за пацієнтом» стимулює заклади охорони здоров'я надавати якісні

послуги, налагоджувати відносини із пацієнтами на умовах функціонування зворотного зв'язку.

### **Висновки до другого розділу**

На основі викладеного у другому розділі матеріалу, автор приходить до наступних висновків:

По-перше, протягом незалежності нашої держави відбувається формування відповідної нормативно-правової основи для управління закладами охорони здоров'я. З 2016 року розпочався процес реформування системи охорони здоров'я та формування оновленої нормативної основи для роботи медичних закладів нашої держави. Починаю з 2016 року, законодавство робить акцент на формуванні в Україні мережі закладів охорони здоров'я, які є ефективними, авономізовані у своїй роботі, мотивовані надавати якісні медичні послуги та економічно ефективними.

По-друге, реформування системи охорони здоров'я України покликана стимулювати лікарні розвиватись, інвестувати у підвищення кваліфікації персоналу, модернізувати обладнання медичного закладу. Сьогодні заклади державної або комунальної форми власності можуть, у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства, укладати договір з Національною службою здоров'я, що передбачає організаційну та господарську незалежність. Також в Україні активізувалась системи навчання керівників закладів охорони здоров'я за окремими спеціалізованими навчальними програмами в сфері управління закладом охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Напрямки підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я**

Задля підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є запровадження низки кроків та заходів.

Перший напрям – це переміщення акценту на економічні методи управління закладом охорони здоров'я. У закладах галузі необхідний перехід від переважно адміністративних до економічних методів управління – управління персоналом через економічні інтереси, розвитком демократичних засад в управлінні, що, своєю чергою, потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні праці.

На думку І. Яремко, «у механізмі управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах необхідним є посилення дії економічного управління з його функціональними різновидами, а також специфічними функціями, що конкретизують сферу управлінського впливу на економіку закладу охорони здоров'я. Безумовно в закладах цієї галузі економічні закони діють не так виразно, як в ринкових структурах, проте і нехтувати ними сучасні заклади галузі не можуть. Незважаючи на те, що вони і надалі дотримуються кошторису, проте використання бюджетів або фінансових планів як гнучких інструментів сучасного фінансового менеджменту є доцільним навіть з погляду змін до підходів й принципів фінансування закладів галузі. До таких належать кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб» [53, с. 134].

На важливості економічного стимулювання наголошує і група українських науковців М. Шкільняк, Т. Желюк, А. Васіна, О. Дудкіна О., які вказують, що «забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить передусім від впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту» [20, с. 173].

Сьогодні необхідним є доповнення основних джерел фінансування медичних закладів (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) додатковими джерелами (рис. 3)



Рис. 3. Додаткові джерела фінансування закладів охорони здоров'я

Також додатковими джерелами фінансування закладів охорони здоров'я, які допоможуть вирішити нагальні проблеми закладу керівникам цих закладів, можуть виступити зекономлені кошти від функціональної діяльності шляхом забезпечення оптимальності структури витрат, перегляду організаційної структури та штатного розпису закладів медичної допомоги, укладання договорів про комерціалізацію послуг (надання послуг третіми сторонами, наприклад, телефонний запис на прийом до лікаря (кол-центр), утримання території, впровадження технологій енергозбереження (може потребувати інвестицій за рахунок місцевого бюджету або міжнародних проектів технічної підтримки), аудиту використання приміщень закладу з метою визначення площ, які не використовуються (або використовуються неефективно) для надання їх в оренду» [20, с. 173].

Дослідники справедливо відзначають наявність можливостей органів місцевого самоврядування фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я. Зокрема, така допомога може стосуватися оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я [20, с. 174].

На важливості вирішення проблеми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я задля підвищення ефективності їх діяльності, вказують і науковці А. Войтенко, О. Присяжнюк, М. Плотнікова. Адже нестача бюджетних коштів змушує медичні заклади самостійно їх заробляти. Саме тому актуальним є активізація застосування проектного підходу в управлінні та адмініструванні. На думку вчених, «перспективними напрямками наповнення бюджету лікувальних закладів вважаємо оптимізацію доходів і витрат. Нарощування доходів планується через підвищення якості послуг пацієнтам, кваліфікації лікарів,

удосконалення обладнання; врахування потреби в послугах на території роботи закладу. Структура населення визначає розширення можливостей надання актуальних послуг – пологовий центр в разі, коли мешканці району переважно молоді, відділення тривалого догляду – для переважаючого населення похилого віку. Використання міжнародних стандартів лікування дозволяє економити на госпіталізації пацієнтів; формування розцінок на платні послуги відповідно до Постанови Кабміну від 17.09.1996 № 1138. Важливо також забезпечити покращення умов перебування пацієнтів (палати додаткового комфорту, краще харчування тощо). Удосконалення системи управління витратами передбачає їх мінімізацію та оптимізацію (плата за пролікований випадок однакова незалежно від тривалості: вибір зробити лапароскопічно за один день чи традиційну апендектомію і тримати пацієнта сім днів у лікарні характеризує однакові доходи, але вищі витрати у другому варіанті) [5].

Заощадження коштів можливе через господарську оптимізацію (замінити завгоспа на менеджера господарства з ширшим повноваженнями, перевірка автопарку, харчоблоку, пральні, аналізу опалювальної площі), передачу немедичних послуг (харчування, прання, прибирання) підрядникам; перегляд штатного розпису (які позиції скоротити, а які – підсилити, за координації з колегами як умови запобігання дублюванню послуг), інтеграцію з іншими стейкхолдерами на регіональному рівні» [5].

Важливим джерелом фінансування закладу охорони здоров'я в умовах реформування системи охорони здоров'я є платні медичні послуги, які потребують просування на ринку. Тобто управління медичних закладом передбачає і цю частину роботи. Звичайно, специфіка медичної послуги як товару призводить до часткового використання наявних маркетингових заходів із підвищення їх продажів. Зокрема, заклад охорони здоров'я може використовувати метод рекомендації або рекламиз вуст у вуста. Якщо для певних послуг і товарів важливий сам процес усної



реклами (будь-яка інформація), то для медичних послуг потрібна тільки позитивна рекомендація. Основними носіями рекомендацій для медичних організацій є повністю задоволені пацієнти і колеги-професіонали.

Також слід застосовувати метод доброзичливих відносини зі споживачем. Як відзначає О. Кікуш, «ні в одній сфері послуг цей спосіб просування послуги не є таким актуальним, як в медицині. Оскільки оцінити професіоналізм надання медичної послуги без спеціальної підготовки неможливо, то доброзичливість, ввічливість, готовність прийти на допомогу мають вирішальне значення. Причому дуже багато що залежить від поведінки допоміжного персоналу (працівників довідкової, реєстратури, приймального відділення і т. д.)» [13, с. 39].

Також корисним для просування медичних послуг конкретного закладу охорони здоров'я є співпраця із ЗМІ. Вдала стаття про роботу закладу охорони здоров'я, інтерв'ю з керівником, провідними фахівцями можуть закласти основу подальшого визнання.

На сучасному етапі необхідним є і вдосконалення нормативних актів у частині забезпечення безпеки пацієнтів та їх прав; підвищення мотивації працівників до забезпечення безпеки медичної допомоги та якості медичних послуг; залучення пацієнтів до проведення досліджень щодо якості медичних послуг. Це сформує основи для пацієнтоорієнтованої моделі діяльності медичних установ та їх персоналу.

Не менш важливим аспектом підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я є вдосконалення управління безпекою працівників в медичних закладах. Цей процес вимагає перш за все активізації мотиваційної складової такого управління.

Медичним закладам варто активніше застосовувати систему «місцевих стимулів», до якої, зокрема, варто включати:

- оснащення робочого місця відповідно до таблиця оснащення, створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного

рівня медичних працівників, максимальне наближення медичних послуг до місця проживання;

- задля захисту медичних працівників, що працюють в особливих умовах, проводити атестацію робочих місць на відповідність нормам безпеки праці; для зниження та профілактики виробничого травматизму забезпечити розробку територіальних програм щодо поліпшення умов і охорони праці, а також аналогічних програм безпосередньо в організаціях охорони здоров'я;

- для вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки, особливо при наявності ризику медичного втручання (на первинному рівні).

Наступним напрямком в управлінні медичним закладом – активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Так, сьогодні в Україні вже застосовують міжнародні стандарти ISO 9000, які передбачають наявність у закладі сертифікованої системи менеджменту якості, що є доказом здатності установи безперервно надавати послуги, що відповідають встановленим нормативним вимогам і вимогам споживача.

Удосконалення та оновлення системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає активне застосування ефективних комунікативних технологій та встановлення комунікації між медичними працівниками (надавачами послуг) та пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Такий діалог потребує запровадження моделі збалансованого, оптимального трикутника дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу.

Задля підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я всім працівникам медичних закладів необхідно навчатися, удосконалювати свої знання і з медичних питань і з управлінських. Для цього керівництво установи обов'язково має розробляти та затверджувати плани навчання (підвищення кваліфікації) для всіх категорій персоналу відповідно до актуальних потреб закладу охорони здоров'я, стратегічних цілей і завдань.

Важливим є удосконалення професіоналізації керівних кадрів закладів охорони здоров'я, яка формується через систему вищої управлінської освіти на засадах неперервності професійного розвитку. Це має стати стратегічним завданням для всієї системи охорони здоров'я України, та має стати основою для Національної програми професійної підготовки та розвитку управлінських кадрів у системі охорони здоров'я як частини державної кадрової політики в межах Концепції модернізації національної системи охорони здоров'я. Також варто удосконалювати методичні та практичні засади формування інноваційно-інвестиційних механізмів управління закладами охорони здоров'я, які передбачають розвиток державно-приватного партнерства на засадах договору концесії.

Також підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я пов'язане із запровадженням та використанням системи оцінки якості медичних послуг як показника конкурентоспроможності установи. Концепція якості медичних послуг повинна ґрунтуватися на певному способі її вимірювання. Для цього можна використовувати будь-яку із існуючих в практиці медичних установ модель:

аналіз «моментів правди» (оцінювання всього процесу надання медичної послуги, в центрі якого переважає пацієнт);

методика критичних подій (Critical Incident Technique), в основу якої покладено процедури спостереження за поведінкою людей та інтерв'ювання отримувачів послуг на предмет якості отриманих послуг та інтерв'ювання мед персоналу, який ці послуги надавав;

модель SERVQUAL (service quality) передбачає через фокус-групи та анкетування отримувати інформацію про якість медичних послуг – від очікувань до реальних результатів.

методика SERVPERF полягає у дворазовому використанні в дослідженнях того самого набору критеріїв для характеристики конкретної послуги. Перший раз такий набір використовується для вимірювання рівня надання послуги з точки зору клієнта. Встановлюється пробний рівень очікувань. Другий раз ті ж самі критерії застосовуються для вимірювання рівня наданих послуг.

Важливими напрямком в управлінні медичним закладом виступає активізація впровадження сучасних систем якості в діяльність закладу охорони здоров'я, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Запровадження системи управління якістю в медичному закладі передбачає дотримання принципів цієї системи, визначених незалежною міжнародною групою добровільних експертів ISO. Застосування принципів - орієнтація на замовника, лідерство, залучення працівників, процесний підхід, системний підхід до управління, постійне поліпшування, прийняття рішень на підставі фактів, взаємовигідні стосунки з постачальниками. найвищим керівництвом - сприяє поліпшенню показників діяльності медичного закладу.

Україна має довгу історію культури «зверху вниз», за якої всі управлінські рішення приймалися Міністерством охорони здоров'я, а керівники закладів охорони здоров'я мали їх виконувати. Також якість українських постачальників медичних послуг оцінює акредитаційна комісія. Акредитація в основному зосереджена на процедурах і здійснюється шляхом перевірки документальних підтверджень відповідності стандартам, постійного підвищення кваліфікації тощо. Сертифікат акредитації дійсний протягом трьох років.

Як показало дослідження Світового банку про управління закладом охорони здоров'я за 2013 рік вказує, надавачі медичних послуг звітують до

ДМЦ МОЗ України за переліком показників. У період між акредитаціями інші державні органи мають право проводити регулярні перевірки постачальників медичних послуг, такі як Пожежна інспекція, Державна податкова служба, Фонд соціального страхування та Служба екологічного контролю. Водночас скарги пацієнтів використовуються відповідними державними органами для проведення екстрених перевірок та покарання. Через цю низхідну організацію українські менеджери охорони здоров'я не в захваті від структурних реформ та впровадження контролю якості послуг [8].

Отже, можна виокремити низку напрямків підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я. Зокрема, це удосконалення роботи з кадрами, забезпечення безперервного навчання в управлінській сфері керівників закладів охорони здоров'я, активне застосування новітніх технологій в управлінні закладом охорони здоров'я, робота над економічною складовою роботи закладу охорони здоров'я задля залучення додаткових коштів.

### **3.2. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах**

Сьогодні більшість науковців та практиків сходяться на думці, що найбільш ефективним підходом до організації управління закладами охорони здоров'я є інноваційний.

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я фактично виступає як нова модель організації та забезпечення якісного і доступного медичного обслуговування населення, яка засновується на інноваціях, відзначається ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки.

Як вказує О. Литвинова, «інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – динамічний процес структурного вдосконалення сфери завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я з орієнтацією на інноваційні перетворення. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – це вагома та витратна для держави справа, яка потребує постійного вдосконалення з метою поліпшення її функціонування та забезпечення виконання своїх соціальних функцій, що можливо за рахунок упровадження низки загальнонаціональних заходів та програм» [16].

На думку О. Петруха, для медичної сфери інноваціями є цілеспрямовані перетворення в галузі, зокрема, в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я [25, с. 109].

Побудова інноваційної моделі розвитку закладу має базуватися на таких структурних елементах: інноваційні знання, вміння та практичні навички ведення лікувально-діагностичного процесу; інноваційні управлінські та структурні зміни; забезпечення інформаційної підтримки клінічної практики; фінансово-економічні інновації; розвиток інноваційної інфраструктури медичної організації; управління цільовими проектами та програмами нововведень та ін. [16].

Підвищення ефективності надання медичних послуг передбачає врегулювання таких аспектів: як створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління в країні загалом. Також необхідним є створення інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я та вдосконалення нормативної правової основи інноваційного розвитку всієї

системи охорони здоров'я, зокрема і в частині наукового забезпечення [25, с. 107].

Звичайно, запровадження та застосування інноваційних засад діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління багато в чому визначається державною політикою в сфері охорони здоров'я. До ключових векторів державної політики в сфері інноваційного розвитку охорони здоров'я відносять насамперед формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону. Також важливим напрямком є формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом. Не менш вагомим кроком є створення та запровадження інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, яка має на меті створити умови ефективного використання бюджетних (поза бюджетних) коштів [47, с. 167].

Інноваційний підхід передбачає зміну погляду на забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я від концепції «утримання» до концепції «фінансування діяльності» закладів охорони здоров'я. І таке фінансування має пріяти розвитку установи.

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

В умовах застосування інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я важливим є орієнтування на кінцевий результат всіх учасників системи управління - органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я.

Як справедливо вказує В. Данько, «діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту» [9, с. 104].

Слід підкреслити, що управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах, вимагає вирішення головних проблем кадрової політики, вдосконалення інноваційної політики для підвищення ефективності використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я, реалізацію напрямів їхньої інноваційної діяльності [9, с. 105].

На сучасному етапі розвитку інформаційного суспільства актуальним завданням для закладів охорони здоров'я виступає підвищення рівня інформаційної підтримки процесів управління лікарнею та прийняття лікарських рішень у клінічній практиці. Задля виконання такого завдання, в закладах охорони здоров'я України необхідно створювати інформаційну систему роботи установи, яка дозволила б інформаційно контролювати рух кожного пацієнта від приймального відділення до його виписки зі стаціонару, зокрема мати інформацію про обсяги наданої медичної допомоги кожному пацієнту відповідно до галузевого стандарту та повний економічний розрахунок витрат на обслуговування та лікування хворого. Керівництво закладу охорони здоров'я може отримати із такої системи узагальнені дані і на їх основі реалізовувати моніторинг лікувально-діагностичного процесу, контролювати використання наявних ресурсів медичної установи, а також оперативно та вчасно приймати актуальні управлінські рішення.

Науковець В. Шевченко також акцентує увагу на необхідності активного застосування новітніх технологій в управлінні закладом охорони здоров'я. Як відзначає вчений, «створення ефективної системи управління неможливо без організації єдиного інформаційного простору на основі впровадження медичної інформаційно-аналітичної системи і



моделювання бізнес-процесів основної медичної діяльності (досвід компанії «Asklepios» в Німеччині). Однак, незважаючи на те, що медичні інформаційні системи є широким спектром різних модифікованих варіантів, досить часто вони неповною мірою адаптовані до особливостей конкретного середовища застосування (сфера охорони здоров'я) і не завжди відповідають вимогам користувачів» [48, с. 12].

Сьогодні закладам охорони здоров'я варто будувати на інноваційних засадах і систему управління відносинами з клієнтами. Застосування електронної системи охорони здоров'я (CRM-системи) допомагає чітко структурувати та формувати реєстри захворюваності пацієнтів і результати лікування та профілактики. Такі дії з боку керівництва та персоналу закладів охорони здоров'я допоможуть знизити їх витрати та сприятимуть підвищенню якості медичного обслуговування за рахунок поліпшення рівня діагностики та лікування.

Варто погодитись із твердженнями С. Сумець та В. Середенко, що «ключовим моментом для отримання користі від впровадження інформаційних систем в медичних установах є цілепокладання, грамотне планування і професійне управління процесом впровадження та розвитку з обов'язковим залученням до нього керівників і авторитетних лікарів медичної організації» [44].

Запровадження медичної інформаційної системи в межах закладу охорони здоров'я дасть йому можливість:

- покращити документообіг через автоматизацію цього процесу;
- вести ефективний персоніфікований облік медичної допомоги, розклад лікарів, запис пацієнтів;
- збирати і агрегувати первинні дані;
- проводити економічний і предметний аналіз;
- здійснювати підготовку звітності та медичної статистики.

Запроваджувати слід таку медичну інформаційну систему, яка включатиме в себе підсистеми, що розраховані на різних працівників

закладу охорони здоров'я - від лікарів і до бухгалтерії. Така система дозволить, крім «лікарських» функцій, вести облік кількості прийнятих пацієнтів, витратних матеріалів та ін. Це дозволить посилити контроль над діяльністю лікарів, зменшить час на збір та обробку звітних даних.

В багатьох розвинених країнах світу використовують термін HIS (Hospital Information System) – госпітальна інформаційна система для комплексного управління всіма процесами медобслуговування, у тому числі юридичному аспекті. Також цю систему можна доповнювати специфічними модулями, наприклад, RIS (Radiology Information 93 System) – радіологічна інформаційна система або PACS (Picture Archiving and Communication System) – система збереження медичних зображень.

Специфічним різновидом CRM-системи є лабораторні інформаційні системи (Laboratory Information Management Systems) та аптечні інформаційні системи (AIC). Вони можуть частково або повністю реалізовуватися у вигляді окремих компонентів комплексної медичної інформаційної системи. Слід відзначити, що практично будь-яка CRM-система сформована із кількох блоків, що відповідають за автоматизацію різних складових діяльності медичної установи (рис. 4).

У час розвитку цифрових технологій, закладам охорони здоров'я варто звернутися і до запровадження телемедицини, яка допоможе закладу охорони здоров'я розширити доступ до якісних медичних послуг для населення незалежно від місця перебування/проживання та зовнішніх обставин (пандемія, локдаун, військові дії тощо).

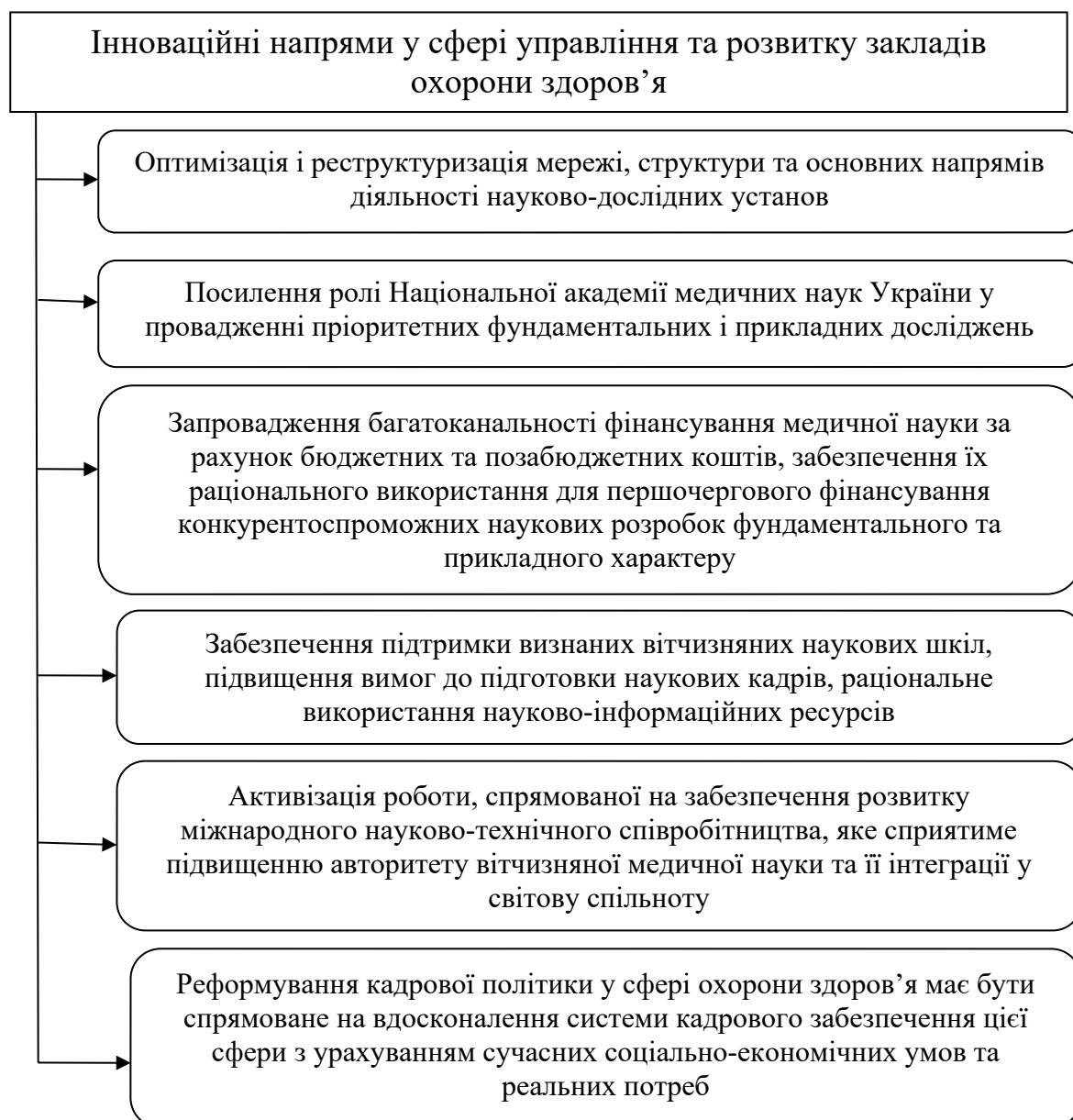
Управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах також передбачає пошук та залучення медичним закладом інноваційних джерел фінансування, зокрема від впровадження державноприватного партнерства у формі фасиліті-менеджменту (facility management) та можливості впровадження спеціалізованого фасиліті-менеджменту, інструментарій якого дає змогу непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводити на аутсорсинг. У закладах виникає

потреба постійного критичного аналізу обставин, що швидко змінюються, та своєчасне прийняття якісних управлінських рішень, а в деяких з них і введення антикризового менеджменту [53, с. 134].



*Рис. 4. Блоки CRM-система закладу охорони здоров'я*

В. Данько відзначає, що «діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту».



*Рис. 5. Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я*

Сьогодні заклади охорони здоров'я, маючи можливості автономізованої роботи, мають налагоджувати зв'язки із міжнародними партнерами, активізувати роботу, спрямовану на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яке сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг установою, та і загалом, сприятиме підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

Інноваційний підхід має бути і у кадровій роботі. Так, варто розглядати можливість укладення контракту не лише із керівниками закладів охорони здоров'я, а й з усіма медичними працівниками. Це дозволить працівникам зрозуміти всю систему стимулів для ефективної роботи, зрозуміти своє місце в цій системі. Заклади охорони здоров'я мають зайнятися питанням реорганізації системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки.

На думку О. Шавшина, «інноваційний процес вимагає стратегічного планування й орієнтованого на ринок управління» [47, с. 167]. Особливості проектного управління роблять його однією з найбільш поширених методологій управління насамперед тому, що вона являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дає змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення [49, с. 28].

### **Висновки до третього розділу**

На основі викладеного у третьому розділі матеріалу, автор приходить до наступних висновків:

По-перше, підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я потребує забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності. Це передбачає переміщення акценту на економічні методи управління закладом охорони здоров'я, розвиток кадрового потенціалу медичного закладу, міжнародну співпрацю, визначення та дотримання критеріїв якості надання медичних послуг, забезпечення безперервного навчання в управлінській сфері керівників закладів охорони здоров'я, активне застосування новітніх технологій в управлінні закладом охорони здоров'я тощо.

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

## ВИСНОВКИ

Отриманні результати у процесі дослідження дають змогу сформулювати такі висновки і пропозиції:

1. Встановлено, що управління закладом охорони здоров'я – це складний та багатофункціональний процес, комплекс дій у організаційній, кадровій, економічній та господарській площині, спрямований на ефективну роботу закладу охорони здоров'я, надання якісних медичних послуг, економічну ефективність та ефективного використання кадрового ресурсу медичної установи. Управління закладом охорони здоров'я здійснюється на основі низки принципів: цілеспрямованості; правової безпеки управлінського рішення; безперервності у оптимізації системи управління; достатності у централізації та децентралізації управління; делегування повноважень, економічної ефективності тощо.

2. З'ясовано, що в більшості країнах світу застосовують два підходи до управління закладами охорони здоров'я – централізований та децентралізований. Централізований підхід (модель) походить від центральної участі держави в управлінні сферою охорони здоров'я загалом та кожним закладом цієї системи, зокрема. Переважаючою ж є децентралізована модель, де заклади охорони здоров'я мають більше свободи у своїй роботі, і можуть працювати задля підвищення якості надаваних медичних послуг та підвищенням власної ефективності тими методами, які самостійно визначають як найоптимальніші.

У більшості європейських країн глобальні реформи нового державного менеджменту стали критично важливим рушієм змін у відносинах між медициною та управлінням. Автономні заклади охорони здоров'я виявились більш гнучкими у задоволенні потреб місцевого населення та є більш ефективними. Державна/приватна форма власності та організаційно-правова форма лікарень визначає, які варіанти політики можуть бути доступні.

3. Основою нормативно-правове забезпечення організації управління закладом охорони здоров'я в Україні є норми Конституції України, законів України та підзаконних нормативно-правових актів (указів Президента України, розпоряджень та постанов КМУ, наказів МОЗ України). Ключовим документом є закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року (зі змінами, внесеними у 2017 році). Звичайно, накази МОЗ є найбільшою групою нормативно-правових актів, що забезпечують організацію управління закладами охорони здоров'я в Україні.

Загалом, в Україні створено ґрунтовну нормативно-правову основу для управління закладом охорони здоров'я. Законодавець з 2016 року, формуючи нормативно-правову основу для проведення реформи системи охорони здоров'я, почав формувати відповідну правову базу для функціонування автономізованих закладів охорони здоров'я. Ключовою перевагою перетворення (реорганізації) закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства є збільшення їхньої самостійності в господарських та управлінських справах, що сприятиме та стимулюватиме до поліпшення якості надання медичних послуг та підвищення економічної ефективності використання наявних активів.

4. Виявлено, що із запровадженням реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочався процес переходу на децентралізовані, автономізовані методи управління закладами охорони здоров'я. Важливим стало те, що з 2019 року законодавець чітко розмежував функції директора та медичного директора. Також в Україні активізувалась системи навчання керівників закладів охорони здоров'я за окремими спеціалізованими навчальними програмами в сфері управління закладом охорони здоров'я. Важливим є процес реорганізації фінансування медичних установ. Формула «гроші ходять за пацієнтом» стимулює заклади охорони здоров'я надавати якісні послуги, налагоджувати відносини із пацієнтами на умовах функціонування зворотного зв'язку.



У 2017 році в нашій державі було створено Національну службу здоров'я. Однак, НЗСУ здійснює контроль за дотриманням закладами охорони здоров'я належного виконання договорів на надання медичної допомоги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги. На управлінські процеси в самих закладах охорони здоров'я НЗСУ однак не впливає.

Сьогодні заклади державної або комунальної форми власності можуть, у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства, укласти договір з Національною службою здоров'я, що передбачає організаційну та господарську незалежність. Також в Україні активізувалась системи навчання керівників закладів охорони здоров'я за окремими спеціалізованими навчальними програмами в сфері управління закладом охорони здоров'я.

5. Підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, передбачає запровадження низки кроків та заходів:

- переміщення акценту на економічні методи управління закладом охорони здоров'я, залучення нових джерел фінансування;
- організацію безперервного навчання для всіх співробітників закладу охорони здоров'я (і не лише в медичній сфері, а й в управлінській);
- активізацію впровадження сучасних систем якості в діяльність закладу охорони здоров'я, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління;
- зміну системи, форми оплати праці та вдосконалення механізмів, інструментів мотивації та стимулювання праці медичного персоналу;

На нашу думку, задля підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я сьогодні необхідно:

По-перше, застосовувати можливості новітніх інформаційних технологій, зокрема застосовувати медичні інформаційні системи для

комплексної автоматизації основних процесів медичних закладів (наприклад, МІС ЕМСІmed).

По-друге, виробити та роз'яснити колективу нову мотиваційну систему, фінансова складова якої буде залежати від якості надання медичних послуг;

По-третє, залучити нові джерела фінансування, зокрема, через участь у міжнародних проектах та грантових програмах, через більш тісну взаємодію із органами місцевого самоврядування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль– Кам’янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>].
2. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров’я // Економіка та управління національним господарством. 2019. № 1(69). С. 73-79.
3. Борщ В.І. Особливості імплементації механізмів стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров’я України // International Scientific Journal “Internauka”. URL: <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/15731214044337.pdf>
4. Брич В.Я., Ліштаба Л.В., Микитюк П.П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров’я: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2018. 192 с.
5. Войтенко А. Б., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф. Адміністрування та проектування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров’я. Ефективна економіка. 2021. № 7. – URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=9061> (дата звернення: 18.12.2022). DOI: 10.32702/2307-2105-2021.7.83
6. Говорко О. В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров’я населення України // Інтелект XXI. - 2017. - № 2. - С. 92-97. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/int\\_XXI\\_2017\\_2\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/int_XXI_2017_2_14)
7. Господарського Кодексу України від 16 січня 2003 року № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
8. Гуржий П.О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров’я // Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету. 2022. № 1(4). URL: <http://econvisnyk.dstu.dp.ua/article/view/264522>

9. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах // Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління. - 2019. - Т. 30 (69), № 2. - С. 102-110. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU\\_econ\\_2019\\_30%2869%29\\_2\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30%2869%29_2_22)
10. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL: [http://www:http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www:http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf)
11. Етичний кодекс лікаря України Від 27 вересня 2009 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
12. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здоровоохороні і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120с.
13. Кикуш О. Умови реформування ринку медичних послуг / О.Кикуш // Галицький економічний вісник. — 2012. — №1(34). — с.38-42
14. Конституція України від 28 червня 1996 року №254к/96-ВР в ред. Від 21 лютого 2019. // Відомості Верховної Ради України. - 1996. - № 30. – 141 с. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
15. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції: монографія. – К., 2018. – 96 с. URL: [http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/15804/Korolenko\\_Kadrova\\_polityka\\_u\\_sferi\\_okhorony\\_zdorovia\\_Ukrainy\\_v\\_kontekst\\_i\\_jevropeiskoi.pdf?sequence=1](http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/15804/Korolenko_Kadrova_polityka_u_sferi_okhorony_zdorovia_Ukrainy_v_kontekst_i_jevropeiskoi.pdf?sequence=1)
16. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL: <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-okhoronoyu-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich>
17. Машта, Н., Жданюк, В., Паш, Р. Організація захисту прав споживачів медичних послуг як функція управління закладом охорони

здоров'я // Економіка та суспільство, 2022. № 42. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1626>

18. Медяник Д.І., Липчанський В.О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я // Наукові записки, вип.19, 2016. – С. 23-29.

19. Международный стандарт ISO 9001. Пятая редакция 2015-09-15 .Системы менеджмента качества - Требования Quality management systems - Requirements. URL: <https://www.certification.ua/wp-content/uploads/2018/03/ISO-9001-2015-ru.pdf>

20. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи [Текст] / М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна [та ін.] // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2018. – Вип. 4. – С. 168-180.

21. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574> (дата звернення: 17.12.2022). DOI: 10.32702/2307-2105-2020.1.55

22. Національний стандарт України. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення процесів в організаціях охорони здоров'я (IWA 1:2005, IDT). ДСТУ IWA 1:2007. - Держспоживстандарт України. – 2008. - Київ, 83 с.

23. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

24. Офіційний сайт Національної комісії здоров'я України. URL: [nszu.gov.ua/likar-2020](https://nszu.gov.ua/likar-2020)

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

26. Пилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>

27. Порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ № 752 від 28.09.2012 р.

28. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: указ Президента України № 1313/200 7 грудня 2000 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>

29. Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення: наказ МОЗ України від 28.12.2011 р. № 992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0742282-11#Text>

30. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини: наказ МОЗ України від 23.11.2011 р. № 816. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

31. Про місцеве самоврядування в Україні: закон України № 280/97-ВР 21 травня 1997 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

32. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: закон України № 2002-VIII від 6 квітня 2017 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

33. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова КМУ № 1101 від 27.12.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

34. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова КМУ від 28.03.2018 № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>

35. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>

36. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»: наказ МОЗ України України № 503 від 19.03.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

37. Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форми первинної облікової документації: наказ МОЗ України № 756 від 04.11.2011 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1477-11#Text>

38. Проект Закону «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні» URL: <https://www.apteka.ua/article/645339>

39. Прокопець Л.В., Годоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2020. Вип. 42. С. 267 – 272. URL: [http://www.market-infr.od.ua/journals/2020/42\\_2020\\_ukr/47.pdf](http://www.market-infr.od.ua/journals/2020/42_2020_ukr/47.pdf)

40. Радиш Я.Ф., Долот В.Д., Васюк Н.О. Сучасний зарубіжний менеджмент: досвід для керівників лікувально-профілактичних закладів України. Інвестиції: практика та досвід. 2015. №11. С.58-61.

41. Репринцева Е.В. Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 2-2. С. 254-257.

42. Сафонов Ю., Борщ В. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України // Актуальні проблеми економіки. №8 (218), 2019. URL: [https://eco-science.net/archive/2019/APE-08-2019/8.19\\_topic\\_Safonov%20Y.pdf](https://eco-science.net/archive/2019/APE-08-2019/8.19_topic_Safonov%20Y.pdf)

43. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладами охорони здоров'я // Держава та регіони. 2019. № 3 (108). С.161-165.
44. Сумець С.В., Середенко В.Г. реінжиніринг бізнес-процесів як фактор підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. URL:<http://eprints.kname.edu.ua/57946/1/%D0%A7.%201-86-87.pdf>
45. Федоренко В. Г. Менеджмент: підручник / Федоренко В. Г. – 3-тє вид., переробл. і доповн. – К.: Алерта, 2015. – 492 с.
46. Чурпій І, Чурпій Н, Чурпій К. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в сучасних реаліях // Scientific and practical journal № 4(2(14)). 2021. С. 121-125. URL: <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/500>
47. Шавшин О.С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства // Інтернаука. 2017. № 3(25). С. 167–171
48. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я / В. А. Шевченко // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. - 2016. - Вип. 6(2). - С. 9-13. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia\\_2016\\_6%282%29\\_\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6%282%29__3)
49. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я // Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. P. 28–31
50. Штаба Л. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. URL:[http://elartu.tntu.edu.Ua/bitstream/123456789/18630/2/GEV\\_2016v50nl\\_Lishtaba\\_L-Personnel\\_management\\_as\\_163-169.pdf](http://elartu.tntu.edu.Ua/bitstream/123456789/18630/2/GEV_2016v50nl_Lishtaba_L-Personnel_management_as_163-169.pdf)
51. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116–121. 15.



52. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120.
53. Яремко І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я // *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку* № 2 (6), 2021. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2021/nov/25522/nzmened-127-139.pdf>
54. Adler P, Kwon S, Hecksher C. Professional work: the emergence of collaborative community. *Organ Sci*. 2008. № 19(2). P. 359–376.
55. Ashworth R, Ferlie E, Hammerschmid G, Jae Moon M, Reay T. Theorizing contemporary public management: International and comparative perspectives // *Br J Manag*. 2013. № 24. P. 1–7.
56. Brunsson N, Sahlin-Andersson K. Constructing organizations: The example of public sector reform // *Organ Stud*. 2002. № 21(4). P. 721–746.
57. Currie G, Grubnic S, Hodges R. Leadership in public services networks: antecedents, process and outcome. *Public Adm*. 2011. № 89(2). P. 242–264.
58. Glouberman S, Mintzberg M. Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Manag Rev*. 2001. № 26(1). P. 56–69
59. Ham C, Clark J, Spurgeon J. *Medical Leadership: From Dark Side to Centre Stage*. London: The King's Fund; 2011. 314 p.
60. Ham C., Dickinson H. *Engaging Doctors in Leadership: What Can We Learn from International Experience and Research Evidence?* London: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2008. 212 p.
61. Kirkpatrick I, Bullinger B, Lega F, Dent M. The Translation of Hospital Management Models in European Health Systems: A Framework for Comparison // *B J Manag*. 2013. № 24. P. 48–61.

62. Kirkpatrick I., Kuhlmann E., Hartley K. Medicine and management in European hospitals: a comparative overview// BMC Health Services Research volume 16, Article number: 171 (2016). URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1388-4>
63. Royal College of Physicians. Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. London: Royal College of Physicians; 2005. 274 p.
64. Lindlbauer I, Winter V, Schreyögg J. Antecedents and consequences of corporatization: An empirical analysis of german public hospitals' // Journal of Public Administration Research and Theory. 2016. № 26(2). P. 309-326.
65. Numerato D, Salvatore D, Fattore G. The impact of management on medical professionalism: a review // Sociol Health Illn. 2012. № 34(4). P. 626–644.
66. Rechel B., Duran A. Richard Saltman What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? = 2018. URL: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Policy-brief-28-1997-8073-eng.pdf>
67. Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals, Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. 356 p.
68. The Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs / Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux, Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren. URL: <https://bahm.be/>
69. Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske. URL: <https://www.upuz.hr/o-nama/o-nama>