

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ  
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)  
на тему: «УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я НА ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСАДАХ»

Виконала: студентка 6 курсу 639МЗ групи  
галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування

Чорна Анна Іванівна

Керівник: доцент б.в.з.

Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: доктор політичних наук, професор  
Євтушенко Олександр Никифорович

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Всесвітня організація охорони здоров'я – ВООЗ

Заклад охорони здоров'я – ЗОЗ

Комплексна медична допомога – КМД

Міністерство охорони здоров'я України – МОЗУ

Міністерство охорони здоров'я – МОЗ

Медичний заклад – МЗ

Національні інститути охорони здоров'я – НІОЗ

Науково - дослідна робота – НДР

Система охорони здоров'я – СОЗ

Система управління проектами – СУП

Система медичного контролю – СМК

Система менеджменту якості – СМЯ

Система управління якістю – СУЯ

Якість медичних послуг – ЯМП

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ГАЛУЗЗЮ.....	7
1.1. Методи та способи управління в системі охорони здоров'я.....	7
1.2. Менеджмент в органах управління охороною здоров'я. Структура, завдання, функції.....	14
РОЗДІЛ 2. МЕНЕДЖМЕНТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ІННОВАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	22
2.1. Інноваційні підходи до менеджменту в закладах охорони здоров'я.....	22
2.2. Розвиток фінансового менеджменту в закладах охорони здоров'я.....	35
2.3. Система менеджменту якості – новаторський підхід до організації медичних послуг.....	43
РОЗДІЛ 3 ПРИНЦИПИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	52
3.1. Підготовка медичних кадрів для роботи в інноваційних умовах ... ..	52
3.2. Ефективність інноваційної кадрової політики в медичній галузі.....	58
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71

ДОДАТКИ.....	77
--------------	----

## ВСТУП

**Актуальність теми** зумовлена тим, що важливим чинником інновацій в напрямку удосконалення управління закладами охорони здоров'я та забезпечення громадян доступними та якісними медичними послугами фінансовий та людський потенціал. Однак, незважаючи на зростання обсягів інновацій та фінансування галузі охорони здоров'я, на теперішній час ситуація в нашій країні суттєво погіршилась. Внаслідок російської агресії було перерозподілення бюджету задля посилення позицій нашої армії, у зв'язку з цим є деякі обмеження доступу населення до отримання медичних послуг, а намічені стратегічні плани – залишаються нереалізованими.. Але наша держава робить все можливе і неможливе для того, щоб соціальний захист малозабезпеченої частини громадян був на належному рівні. Таким чином, необхідність інноваційного реформування управлінських та економічних засад української системи охорони здоров'я і відповідно до сучасних запитів суспільства її зміни не викликають сумнівів. Концептуальні підходи до удосконалення функціонування медичної галузі завжди є дискусійними. В завдання медичної реформи закладене розуміння того, що охорона здоров'я – основа соціальної сфери, яка потребує чималого бюджетного фінансування, тому необхідно втілювати інновації, залучати інвестиції, впроваджувати кращі практики міжнародного досвіду в цій сфері. Ефективне управління галуззю та підтримка держави є однією із головних умов розвитку медичної системи та покращення здоров'я нації.

**Метою** магістерської роботи є дослідження стану впровадження інновацій для подальшого удосконалення управління закладами охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети в магістерській роботі визначено ряд взаємозв'язаних завдань, основні з яких є:

- дослідити методологію системи управління в медичній галузі;
- зробити аналіз інноваційного менеджменту у сфері охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати принципи та запропонувати механізми реалізації підготовки кадрів для інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я

**Об'єктом дослідження** є процес інноваційного управління в закладах охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є сукупність теоретико-методичних, методологічних і прикладних положень, щодо системи управління медичними закладами.

**Методи дослідження.** Під час написання магістерської роботи було використано комплекс сучасних соціологічних та медико-соціологічних методів, які дозволяють детально вивчити поставлену проблематику та отримати значний обсяг досліджень. Теоретико-методологічною основою дослідження виступають фундаментальні положення управління, соціології медицини, принципи діалектичного взаємозв'язку та розвитку. Методологічною основою дослідження виступають як загальнофілософські групи наукових методів (аналіз, синтез, класифікація, абстрагування, формалізація, аналогія, моделювання, дедукція, індукція), так і загальнонаукові та приватно-наукові методи. Методологія та інструментарій дослідження обумовлюється специфікою цільової аудиторії та орієнтовані на вивчення існуючої системи управління персоналом медичної організації та специфіку реалізації кадрових рішень.

**Наукова новизна** магістерської роботи полягає у дослідженні інноваційних теоретичних і методичних засад, розробленні практичних рекомендацій та пропозицій реформування системи охорони здоров'я, спрямованих на впровадження інноваційних методів управління в медичній галузі.

**Практична значимість роботи** полягає в тому, що остаточно з'ясовані існуючі особливості у кадровій стратегії та у застосуванні персонал-технологій у медичних організаціях, які представляють методологічні основи для вдосконалення системи управління персоналом медичної організації. Запропоновано заходи щодо раціоналізації управлінських процесів та вдосконаленню управління персоналом медичних організацій залежно від основних кадрових завдань з урахуванням розроблених науково-обґрунтованих рекомендацій.

**Апробація результатів магістерської роботи** відбувалася на XXV Всеукраїнській науково-практичній конференції «МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (м. Миколаїв, 2022 рік). Доповідь на тему: «.....».

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (57 джерел) та додатків на 4 сторінках. Загальний обсяг роботи становить 76 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1**

### **МЕТОДОЛГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ГАЛУЗЗЮ**

#### **1.1. Методи та способи управління в системі охорони здоров'я**

В основі будь-якої моделі охорони здоров'я лежить розуміння специфіки медичних послуг як економічних благ, що визначає роль держави та ринку в рамках організації та фінансування національних систем охорони здоров'я. Існуючі теоретичні підходи до реформування систем охорони здоров'я мають значні відмінності, пов'язані з нечіткістю розподілу цілей, завдань, критеріїв оцінки ефективності та оцінки витрат. У цьому випадку держави будують національну систему охорони здоров'я, орієнтуючись на системи країн – «моделей», та вивчення зарубіжного досвіду реформування систем охорони здоров'я [13].

Незважаючи на велику кількість праць, присвячених пошуку рішень проблем забезпечення якісної та доступної медичної допомоги, ступінь вивченості її окремих аспектів сильно диференційований. При всій значущості проведених наукових досліджень зазначимо актуальність доопрацювання теоретичних підходів і практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності функціонування систем охорони здоров'я, що має велике практичне значення для розвитку системи охорони здоров'я України, в якій на сьогоднішній день відбуваються масштабні реформи. Дві найважливіші категорії менеджменту - функції та методи діалектично пов'язані між собою. Основним завданням функцій менеджменту, як

напрямів управлінської діяльності, є формування методів менеджменту, тобто способів і прийомів впливу на працівників. Власне, виникнення функцій менеджменту пов'язане з необхідністю забезпечення впливу на колективи працівників та окремих виконавців [28].

Велике значення для ефективного керування має оптимальне поєднання різних методів управління.

«Методи управління являють собою способи та сукупності прийомів впливу на колективи людей або окремих працівників у процесі їхньої трудової діяльності.

Методи управління поділяються на три основні групи:

1. Адміністративні.
2. Економічні.
3. Соціально-психологічні.

Адміністративні методи управління являють собою сукупність способів по здійсненню владної (примусово-розпорядчої) дії. Вони засновані на праві керуючої підсистеми (органу управління або керівника) приймати: управлінські рішення вигляді наказів, розпоряджень, інструкцій та обов'язкове їх виконання керованою підсистемою».

В управлінні охороною здоров'я використовується досить велика кількість способів адміністративного впливу, у тому числі:

1. Стабілізуючі або регламентуючі методи встановлюють конкретні правила, точні приписи до дії, рамки діяльності. До стабілізуючих методів відносять положення (про заклад охорони здоров'я, про підрозділ медичного закладу, про комісії та т.д.), норми навантаження, нормативи, штатний розпис лікарняних закладів та ін.

2. Розпорядчі методи спрямовані на вирішення конкретних завдань у ситуаціях, які не передбачені встановленими та чинними положеннями та правилами. Слід зазначити, що в управлінні можуть використовуватися дві форми реалізацій розпорядчого методу: документальна та усна. Так,



директиви та постанови оформляються тільки документально, а накази, розпорядження та вказівки можуть бути надані і усно, і письмово.

3. Дисциплінарні методи впливу включають як суворе дотримання планової, виробничої та фінансової дисципліни, а також встановлення відповідальності: особистої та колективно моральної та матеріальної, службової та цивільної [59].

Адміністративні методи зазвичай швидко дають результати, на відміну економічних та соціально-психологічних способів впливу, результати яких, як правило, проявляються з певним «кроком часу» (тобто з певною затримкою). Однак у сучасних умовах жорстке адміністрування, ігнорування мотивацій колективу та окремих працівників нерідко призводять до погіршення соціально-психологічного клімату в медичному установі (підрозділі), зниженню якості медичної допомоги, створення негативного іміджу МЗ.

Економічні методи управління можна представити як сукупність способів здійснення впливу на працівників за допомогою економічних категорій. Вони ґрунтуються на застосуванні економічного стимулювання виробничих колективів, створення матеріальної зацікавленості окремих членів колективу у досягненні поставленого співу. Ці методи дозволяють шляхом активізації економічних інтересів об'єкта управління орієнтувати його діяльність у напрямі ефективного використання наявних ресурсів без безпосереднього постійного втручання суб'єкта управління (тобто керівника).

Соціально-психологічні методи управління є сукупність способів здійснення впливу на духовні інтереси працівників, формування їхнього світогляду. Вони засновані на міжособистісних відносинах та використанні соціально-психологічних закономірностей розвитку особистості та трудових колективів.

Будь який колектив повинен бути керованим. Кожен керівник має свій стиль управління. Під стилем управління розуміється система сформованих відносин між керівниками та колективом з приводу прийняття та реалізації

управлінських рішень. Стиль управління формується і під впливом переважно використовуваних керівниками методів управління.

Прийнято виділяти 3 основні стилі:

1. Авторитарний (автократичний) стиль управління характеризується мінімальною контактністю керівника з колективом, жорсткістю в виробленні та реалізації рішень. Рішення підлеглим нав'язується, мотивація здійснюється у вигляді загроз. Менеджери, що дотримуються цього стилю, виходять з теорії Мак-Грегора. Переважають адміністративні методи управління. Діяльність підлеглих суворо регламентується.

2. Ліберальний стиль управління є повною протилежністю авторитарному. Керівник кожне рішення погоджує з колективом, йде на нескінченні поступки формальним неформальним лідерам та групам. Фактично колектив управляє керівником.

3. Демократичний тип управління заснований як на активному залученні підлеглих до визначення цілей організації та розробки управлінських рішень, і до контролю над їх виконанням. Менеджери повністю довіряють своїм підлеглим. Основною мотивацією є можливість винагороди, заохочення. Персонал у всіх підрозділах відчуває реальну відповідальність за цілі організації. Існує безліч комунікативних зв'язків і великі можливості для колективної діяльності. Менеджери стилю виходять з теорії МакГрегора, в управлінні переважають соціально-психологічні та економічні методи організації, де такий стиль домінує [51].

Для прийняття ефективних управлінських рішень необхідні такі умови: право прийняття, повноваження, обов'язковість, компетентність, відповідальність. Право прийняття рішень окреслює сферу діяльності конкретних менеджерів щодо прийняття відповідних рішень. Певними правами щодо прийняття рішень наділені всі менеджери, але кожен з них чи відповідні їх групи можуть приймати тільки конкретні рішення. Загальні рішення мають право приймати лише лінійні керівники [51, с.177].

Основи менеджменту в охорони здоров'я характеризуються високим ступенем децентралізації, активною участю працівників у прийнятті рішень.

Основними функціями управління є:

1. Планування.
2. Організація.
3. Координація та регулювання.
4. Стимулювання та мотивація.
5. Контроль.

«Зупинимось на першій функції управління. Функція планування має складну структуру та реалізується через свої підфункції: прогнозування, моделювання, програмування.

«Першим етапом планування є прогнозування, тобто. Метод науково обґрунтованого передбачення можливих напрямів майбутнього розвитку організації, що розглядається в тісній взаємодії з довкіллям. Так, при плануванні відкриття загальнолікарської практики у складі територіальної поліклініки наперед потрібно передбачити зміну розподілу потоків хворих та лікарів-фахівців, зміну потреб у різних видах досліджень та і т.д.

Важливою підфункцією планування є і моделювання різних ситуацій та станів системи протягом запланованого періоду.

Завданням третьої підфункції планування є прогнозування переведення системи у новий заданий стан. Цей етап включає розробку алгоритму функціонування системи, визначення потрібних ресурсів, вибір наукових засобів та методів управління.

Планування може бути довгостроковим (15-20 років), середньостроковим (зазвичай на 5 років) та короткостроковим, або поточним (зазвичай на рік). планування є необхідним елементом управлінської діяльності у будь-якій організації. В останні роки деякі медичні установи (насамперед із недержавною формою власності) складають бізнес-плани, що дозволяють вирішувати, завдання:

- визначити довгострокові та короткострокові цілі установи (фірми), стратегію та тактику їх досягнення;
- визначити конкретні напрямки діяльності установи його місце на ринку медичних послуг;
- виявити відповідність ресурсів поставленим цілям та напрямкам розвитку медичного закладу;
- сформулювати перелік маркетингових заходів установи щодо вивченню ринку медичних послуг тощо» [35].

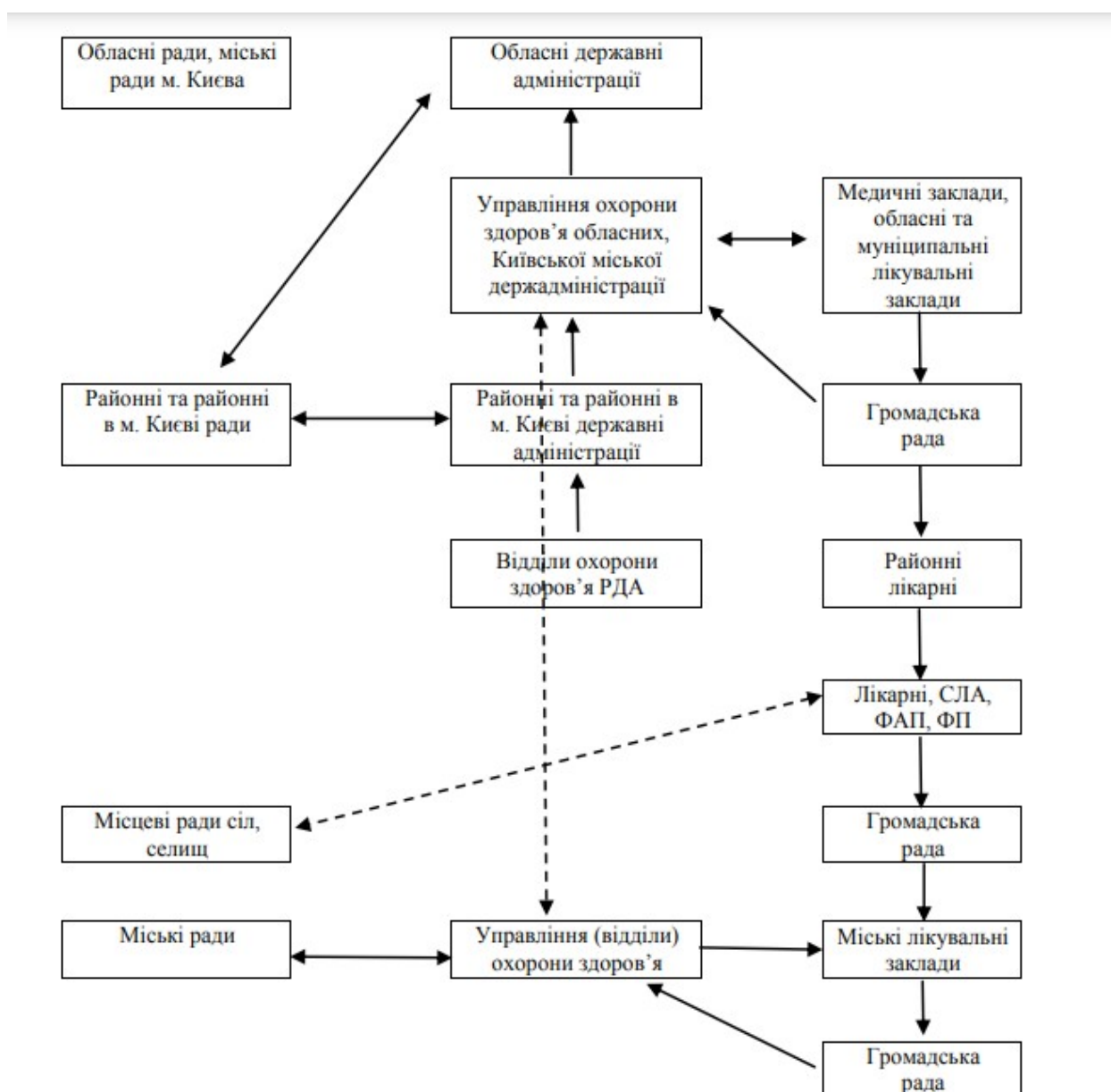


Рис.1.1.1. Концептуальна модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

Умовні позначення:

—————> адміністративне підпорядкування (управління)

----- функціональне підпорядкування (опосередкований вплив)

Важливою функцією управління є організація робіт, що включає такі елементи:

- розробку структури управління;
- визначення раціональних форм поділу праці;
- розподіл робіт серед підрозділів та окремих працівників;
- регламентацію функцій, підфункцій, робіт, операцій, що виконуються працівниками;
- встановлення прав та обов'язків органів управління та посадових осіб;
- підбір та розстановку кадрів.

На рисунку 1.1.1. ми можемо бачити концептуальну модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

«Регулювання - це діяльність з підтримки в динамічній системі заданих параметрів Метою цієї функції є збереження стану упорядкованості як у підсистемі виробництва, так і в підсистемі керування.

Координація - це забезпечення узгодженості дій у часі та в просторі всіх ланок організації шляхом встановлення раціональних зв'язків (комунікацій) та обміну інформацією між ними.

В свою чергу, комунікація - це процес міжособистісного та організаційного спілкування при передачі інформації всередині організації під час обміну нею із зовнішньої середовищем. За допомогою комунікацій передається особам, які приймають рішення, а рішення – їх виконавцям. Для успішного досягнення цілей організації необхідні активізація та стимулювання працівників.

Стимулювання - це спонукання працівників до активної діяльності за допомогою зовнішніх факторів. Стимулювання може бути матеріальним та моральним.

Мотивація - це створення у працівників внутрішнього спонукання до праці.

Місце і значення контролю визначаються тим, що він є способом організації зворотних зв'язків, завдяки яким орган управління отримує інформацію про хід виконання його рішення. Контроль як функція включає виявлення відповідності процесу плановим показниками чи природному ходу процесів» [35].

## **1.2. Менеджмент в органах управління охороною здоров'я. Структура, завдання, функції**

«Менеджмент походить від англійського слова, яке перекладається як управління, завідування, організація. Менеджмент - це система управління підприємством чи галуззю, орієнтована на задоволення суспільних потреб у вигляді виробництва товарів та послуг за умов ринку.

Мета менеджменту - через вдосконалення форм управління підвищувати ефективність виробництва та роботи окремих співробітників та всього колективу.

Успіх управлінської діяльності у охороні здоров'я багато в чому залежить від рівня підготовки керівників усіх рівнів за основними розділів менеджменту, грамотного використання досвіду управління, накопиченого людством, науково обґрунтованого підходу до вирішення проблем установи.

Менеджмент - це управління не речами, а вплив людей. Це мистецтво отримувати потрібні речі за допомогою управління людьми.

Менеджмент - це також вміння досягати певної мети, використовуючи інтелект та мотиви. Менеджмент виникає тоді, коли є як мінімум 2 особи – керуюча та керована сторони.

Суб'єкт управління - той, хто управляє, об'єкт управління - тим, ким управляють.

Суб'єкт управління - люди, до функцій яких входять здійснення управління. У системі охорони здоров'я – міністр, заступник міністра, начальники управлінь охорони здоров'я МОЗ, головні лікарі, заступники головних лікарів, завідувачі відділеннями, директори та начальники клініки, керівник приватного підприємства.

Об'єкти управління - працівники, колективи та будь-які господарські та економічні об'єкти» [35].

Незважаючи на певну різноманітність у виділенні шкіл та напрямів менеджменту, прийнято виділяти чотири основні сформовані школи:

1. Школа наукового управління (1885-1920 рр.).
2. Адміністративна, чи класична, школа (1920-1950 рр.).
3. Школа людських відносин (1930-1950 рр.).
4. Математична школа управління (з 1950-х років) [51].

«Менеджмент у системі охорони здоров'я – це наука управління, регулювання та контролю фінансовими, трудовими та матеріальними ресурсами медицини.

Мета медичного менеджменту – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення за наявних ресурсів.

Завдання управління охороною здоров'я – це найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Суспільна система охорони здоров'я - вся сфера економіки, пов'язана із забезпеченням здоров'ям населення, включаючи як приватну, так і державну систему охорону здоров'я. У сферу охорони здоров'я традиційно входять санітарно-епідеміологічні станції, громадські оздоровчі центри тощо. Ці

установи зазвичай фінансуються з державного бюджету з урахуванням принципу змісту, тобто оплачується їхня готовність до роботи (вкладені ресурси), а не конкретні її результати.

Об'єкт медичного менеджменту - це будь-яка організація, яка займається лікувально-профілактичною діяльністю» [5].

За ознакою об'єкта розрізняють генеральний та функціональний менеджмент.

Генеральний (загальний) менеджмент в управлінні медичною установою загалом.

Функціональний (спеціальний) менеджмент полягає в управлінні певними сферами діяльності ЗОЗ та його ланок. Це управління інноваційною, фінансовою, професійною та маркетинговою діяльністю [11].

«На стратегію генерального менеджменту ЗОЗ великий вплив має політика держави щодо охорони здоров'я населення (закони та інші нормативні акти, фінансування, визначення обсягу платної та безкоштовної медичної допомоги). Також на стратегію генерального менеджменту впливає географічне розташування та технічні особливості ЗОЗ, доступність медичної допомоги, забезпеченість кваліфікованим персоналом, купівельна спроможність пацієнтів.

Інноваційний менеджмент полягає у необхідності вкладень у випробування та впровадження нових методів діагностики та лікування, їх сертифікації.

Фінансовий менеджмент залежить від частки кожного джерела фінансування та можливостей переміщення коштів з однієї статті кошторису в іншу, від ступеня прибутковості установи.

На проведення професійного (персонального) менеджменту впливають розмір заробітної плати медичних працівників, можливості економічного стимулювання, підвищення кваліфікації, соціально-психологічний клімат у колективі.



Медичний менеджмент - це управління охороною здоров'я на різних його рівнях, це організація охорони здоров'я.

Менеджер - це керуючий, це організатор. Він повинен мати певні якості:

- здатність керувати собою;
- чіткі особисті цілі;
- акцент на постійне особисте зростання;
- навик вирішувати проблеми;
- винахідливість та здатність до інновацій;
- висока здатність впливати на оточуючих;
- знання сучасних управлінських підходів;
- здатність керувати;
- вміння навчатись та навчати та розвивати підлеглих;
- здатність формувати та розвивати робочі групи» [11].

На стратегічному рівні визначаються цілі та можливі результати в перспективі.

Тактичний рівень дозволяє оптимально визначити конкретні завдання, організацію, поетапне виконання та контроль результатів.

Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання виробничих процесів із оптимальним використанням наявних ресурсів. До цього рівня можна віднести облік, контроль та аналіз діяльності структур, що вже функціонують.

Для сучасного менеджменту характерними є децентралізація, зосередження великої відповідальності на своїх робочих місцях, у зв'язку з чим знання основ управління потрібні і пересічним співробітникам.

Серед функцій управління головними є такі:

1) технічні операції – виробництво. Для медичних установ до виробничих функцій відносяться: діагностика, лікування, експертиза, реабілітація, заходи щодо профілактики та ін;

2) комерційні операції – купівля, продаж, обмін; для медичних організацій – це продаж окремих видів медичних послуг;

3) фінансові операції - залучення коштів та розпорядження ними для здійснення діяльності;

4) страхові операції - страхування та охорона майна та осіб;

5) облікові операції - бухгалтерія, облік, статистика та ін;

6) адміністративні операції - перспективне програмно-цільове планування, організація, координація, розпорядчі функції та контроль [51].

Особливості функціонування систем медичної допомоги вимагають від їхніх керівників підприємницьких якостей, за допомогою яких вони могли б досягти конкретних виробничих, економічних та соціальних цілей завдяки знаходженню найбільш практичних, оригінальних, нестандартних рішень, як правило, пов'язаних із чималим ризиком. За В. І. Далем слово «підприємливий» означає схильний, здатний до підприємництва, великим оборотам, сміливий, рішучий, відважний на такі справи. Разом про те В. І. Даль попереджає, що безрозсудна підприємливість небезпечна і нерозумна [28].

Функції керування визначаються рівнем системи управління. Управління будь-якої системи та будь-якого об'єкта має три рівні — стратегічний, тактичний та оперативний (таблиця 1.2.1.):

Рівні управління	Основні функції управління	Рівні організації охорони здоров'я
Стратегічний	Прогноз, планування (на 5 років)	МОЗ України, обласні управління охороною здоров'я
Тактичний	Планування на черговий рік	Регіональний та муніципальний рівні
Оперативний	Регулювання, облік, контроль, аналіз (щомісячний, щоденний)	Установи (ЗОЗ) та їх підрозділи

Табл.1.2.1. Функції управління в закладах охорони здоров'я

У системі охорони здоров'я представниками вищої стратегічної ланки є центральні органи державної влади - МОЗУ, обласні органи державної влади; тактичного - муніципальні органи та оперативного - ЗОЗ.

Кожна людина виконує як мінімум одну з функцій управління. Залежно від того, скільки функцій виконує людина, він займає вищий рівень керівних сходів. В установах керівники (менеджери) діляться на керівників вищої, середньої та нижчої ланки.

В ЗОЗ керівник вищої ланки представлений головним лікарем, середній - його заступниками, головним фельдшером та головною медичною сестрою, та нижча ланка - завідувачими відділеннями, кабінетами, старшими медсестрами.

Головному лікарю та головному спеціалісту як менеджерам необхідні і такі якості, як новаторство та оригінальність у досягненні поставлених цілей, діловитість та практичність, сміливість та винахідливість, націленість на максимально ефективне використання всіх наявних можливостей, дотримання службово-посадової етики, деонтології та ін. [29]

Кваліфікаційну модель, зокрема, лікаря-менеджера, можна надати такими конкретними параметрами (ознаками-характеристиками):

- 1) фахівець має бути професіоналом у сфері управління всіма ланками системи медичної допомоги;
- 2) досконало володіти системною методологією та вміти застосовувати її на практиці;
- 3) знати теорію систем та принципи її організації;
- 4) вміти виробляти та ставити цілі (підцілі), формувати задум щодо управлінських ситуацій;
- 5) вміти приймати різні види управлінських рішень, володіти технологією процесу управління та, відповідно, забезпечувати реалізацію прийнятих рішень;
- 6) бути здатним кваліфіковано забезпечити діяльність системи в умовах різних видів управління (оперативному, ситуаційному та стратегічному);

- 7) володіти технологією роботи з інформацією;
- 8) володіти основами комплексного управління персоналом, успішно застосовувати прямий та опосередкований шляхи, психологічні методи управління, здатні створювати мотиваційні механізми поведінки співробітників та їх взаємовідносин;
- 9) знати та вміло використовувати економічні методи та форми в управлінні;
- 10) володіти комп'ютерною грамотністю;
- 11) взаємовідносини з підлеглими будувати за принципом доброзичливості, виключаючи монополізацію свого посадового становища та інших [29].

Як мінімум, лікар-менеджер має вміти таке:

1. Шукати, обґрунтовувати та формувати мету, передбачати кінцеві результати. Пам'ятати правило Готліба про те, що якщо начальник намагається справити враження на підлеглих знанням деталей, він втрачає на увазі кінцеву мету.
2. Організовувати систему, її складові (суб'єкт управління, об'єкт управління, та спілкування і обмін інформацією між посадовими особами і підлеглими, соціальними спільнотами, господарськими системами та установами), а також керувати нею (ними).
3. Приймати правильні, переважно нестандартні, управлінські рішення.
4. Організовувати та забезпечувати реалізацію прийнятих управлінських рішень.
5. Керувати колективом лише на рівні сучасних вимог (бути, хоча б формальним, лідером).
6. Спілкуватися, контактувати, тобто вміти працювати з персоналом.
7. Заохочувати працівників до творчої діяльності, раціоналізації, винахідництва, відзначати та оцінювати кожне досягнення підлеглого.
8. Інтегрувати не пов'язані між собою показники.
9. Знаходити вихід із конфліктних ситуацій.

10. Бути гранично об'єктивним незалежно від своїх симпатій чи антипатій.

11. Підбирати, відбирати та навчати працівників.

12. Делегувати обов'язки, повноваження, відповідальність.

13. Вміти підкорятися та дотримуватись службово-посадової субординації.

14. Вести ділові переговори.

15. Вміти активно підключати (опосередковано) до управлінських проблем громадські організації та позаштатні керуючі структури та формування.

16. Раціонально організувати свою працю, тобто вдосконалювати самий менеджмент [55].

Звичайно, для того щоб бути здатним виконати різноманітні та багатопланові обов'язки, менеджеру необхідно володіти відповідними якостями, бути ґрунтовно та всебічно підготовленим. Крім того, менеджер повинен постійно, наполегливо та цілеспрямовано поповнювати свій багаж знань та набувати практичних навичок, що, у свою чергу, підвищуватиме його інтелектуальний рівень (критерій Пітера)[37].

Перелічені вимоги не випадкові, бо менеджмент – ворог одноманітних, та формалізованих підходів. Навіть в однотипних установах (наприклад, поліклініках, лікарнях, диспансерах тощо), у кожному конкретному випадку шляхи вирішення управлінських, виробничих, медичних, соціальних або економічних завдань, що виникають, або їх сукупності виявляються (і повинні бути) різними.

Велика особиста роль менеджера в управлінській практиці. І закордонний, і український досвід переконують: немає поганих організацій, наприклад, лікарень, як і поганих колективів, є лише погані керівники, які не відповідають наступним узагальненим вимогам: вміти, знати, хотіти та своєчасно встигати. Таким чином, стабілізуючою основою функціонування системи є її керівник від кваліфікації, уміння, бажання якого залежить успіх.

«Кваліфікований фахівець - це людина, яка вдало уникає маленьких помилок, неухильно рухаючись до будь-якої глобальної помилки».

## **РОЗДІЛ 2**

### **МЕНЕДЖМЕНТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ІННОВАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

#### **2.1. Інноваційні підходи до менеджменту в закладах охорони здоров'я**

Менеджмент – набір концепцій, правил та примов ефективного управління організацією в умовах сучасного ринку та соціуму.

Головне завдання сучасного менеджера охорони здоров'я – гармонійне поєднання професійних медичних та високих управлінських навичок для досягнення кінцевих цілей галузі та організації/компанії.

Кваліфікація управлінських кадрів є одним з найбільш цінних ресурсів органів охорони здоров'я. Адже роль та самостійність керівника суттєво зросла останнім часом, включаючи відповідальність за кінцеві результати оздоровлення населення, досягнення найважливіших соціально-економічних показників, ефективність лікування та профілактики [35].

Управління медичною установою сьогодні:

- Попит, що змінюється, і потреби пацієнтів
- Посилення конкуренції
- Розвиток інновацій та цифрової медицини
- Зміна державної політики
- Інтерес до «ощадливої медицини»
- Впровадження ефективного контракту
- Зростання вимог до медичного персоналу

Підвищення ролі менеджера – результат адаптації галузі до сучасних соціально-економічних умов та клініко-організаційним технологіям ХІ століття

Це втілюється у таких нових структурах, як центри діагностики та профілактики, комплекси «Хірургія одного дня», роботизовані операційні центри трансплантології, об'єкти телемедицини та дистанційного консультування, установи медико-соціальної допомоги та реабілітації, хоспіси, будинки сестринського догляду тощо [3].

У галузі має особливий попит певний сплав соціальних та владних відносин, знань медицини та економіки. Охорона здоров'я являє собою найбільшу частину соціальної сфери, яка має особливості в управлінні та розвитку. Протягом кількох останніх років наголошується на активному зростанні вимог до інноваційного менеджменту в організаціях галузі охорони здоров'я – у лікарнях та поліклініках, реабілітаційних центрах, страхових компаніях, що працюють у системі медичного страхування, органах управління системою охорони здоров'я, що вимагає появи нових, висококваліфікованих управлінців з медичним фахом [36].

Ефективно керувати закладом охорони здоров'я може лише добре навчений менеджер — про це в унісон говорять і керівники цих установ, і рядові лікарі, і прихильники медичної реформи, і її критики (до речі, останні називають однією з головних причин провалу «медичного дива» саме відсутність належного менеджменту у розробці та втіленні плану реформ). Втім, лясаючи в долоні далекоглядної ідеї розвитку менеджменту в охороні

здоров'я, в Україні вдень з вогнем доводиться шукати того, хто її все ж таки втілить. Дефіцит медичних менеджерів, підготовлених за міжнародними стандартами, актуальний, як і раніше. І заклики негайно збільшити їхню кількість у геометричній прогресії не спрацьовують. З іншого боку, в державній системі охорони здоров'я, де головний клопіт керівника, як вижити «за три копійки» та «вибити» з «хорошої влади» ще стільки ж, не дуже чекають на менеджерів з їхнім «широким» мисленням[58].

Область професійної діяльності магістрів Публічного управління та адміністрування в закладах охорони здоров'я включає роботу в органах державного та муніципального управління системою охорони здоров'я, у структурах, де випускники є підприємцями, які створюють та розвивають власну справу, установах вищої та додаткової професійної освіти. Магістри, які пройшли навчання за програмою «Публічне управління та адміністрування в закладах охорони здоров'я», матимуть необхідні навички для роботи у сфері управління організаціями будь-яких форм власності в галузі охорони здоров'я. Програмами підготовки фахівців в сфері управління закладами охорони здоров'я передбачено підготовку ключових фахівців, які здатні розробляти стратегію розвитку медичного бізнесу, реалізувати і ініціювати нові ідеї, мислити прагматично й практично, можуть приймати участь в реформуванні медичної галузі в Україні.

Такі фахівці можуть не тільки успішно керувати медичними установами, а й займатись питаннями інновацій, розвитком матеріальної бази, а також проводити фаховий контроль щодо здійснення управління закладом.

Керівні органи систем охорони здоров'я мають широкий діапазон інструментів, які вони можуть використовувати: від навчання персоналу медичних закладів повазі до гідності пацієнтів та їх автономності до поліпшення зручностей. Вони можуть використовувати важелі оплати, регулювання або укладання контрактів для визначення очікувань пацієнтів та дозволити пацієнтам реалізувати свої права через гарантії обслуговування.



Однак вони мають чітко узгоджуватися із залученими компромісами. На перший план проблема вибору висуває потенційну напругу між відповідністю та іншими цілями СОЗ. Більші можливості вибору мають більш обізнані та забезпечені люди, що може збільшити нерівність щодо отримання послуг в системі охорони здоров'я [53].

Менеджер охорони здоров'я має не тільки знати лікарську або сестринську справу, але і бути лідером, психологом, впливати на людей з числа контингенту та персоналу, навчаючи співробітників висот професії, а хворих – азам медицини, щільно взаємодіяти з органами влади та управління.

Як правило, в медичних установах лідери – це головний лікар та його заступники. Можна виділити два основні види керівників: транслятор-контролер та лідер.

У першому випадку людина обіймає керівну посаду. Але його стиль керівництва – спускати на рівень підлеглих рішення вищого начальства, контролювати їх виконання та звітувати перед вищими структурами. Такий керівник не займається адаптацією вказівок до умов своєї організації чи підрозділу. Його звичайний до підлеглих підхід: «Виконайте доручення за всяку ціну. Яким чином мене не цікавить». Чи можемо ми сказати, що це приклад людини, за якою охоче піде колектив? Навряд чи.

На противагу цьому лідер – це керівник, який глибоко володіє ситуацією навколо своєї організації чи підрозділу, розуміє можливості свого колективу. Він приймає усвідомлені рішення за способами виконання рішень, що спускаються зверху, таким чином, щоб не нашкодити колективу і пацієнтам і принести користь.

Розглянемо обидва підходи до впровадження інноваційного менеджменту. Під керівництвом трансляторів-контролерів часто зустрічається копіювання системи управління персоналом (СУП) із сусідніх лікарень та спроби їх впровадження без серйозного аналізу та адаптації. Часто йде орієнтація на кількість СУП, а не на їхню якість. Найчастіше такий підхід приведе до ускладнення та уповільнення роботи медичного персоналу,

втрати часу, який співробітники могли б витратити на роботу з пацієнтами та на покращення якості медичної допомоги.

Керівник-лідер не женеться за копіюванням СУП. Він вивчає кращі практики та впроваджує СУП, виходячи з потреб конкретної організації та підрозділу.

У моделі найкращих управлінських практик йдеться про лідерство на всіх рівнях медичної організації. У тому числі на рівні фахівців, які можуть не обіймати керівні посади, але бути лідерами. Наприклад, щодо впровадження фахівцями певних кращих технологій лікування тощо.

Для втілення кращих управлінських практик менеджер повинен мати наступні основні знання, вміння та навички:

- знати та втілювати сучасні концепції та моделі управління та комунікації;
- вміти чітко визначати місії та стратегії організації;
- знати суто медичні особливості менеджменту;
- застосовувати прийоми побудови організаційно-штабних структур та прийоми генерації, руху та використання інформації;
- впроваджувати системи мотивації та делегування повноважень;
- знати загальну та спеціальну термінологію, методи ситуаційного реагування;
- застосовувати механізми професійної аргументації, клінічного та управлінського розбору;
- знати методи організації, оцінки, прогнозування, SWOTаналізу, форсайту тощо.

В менеджменті існує ряд понять, що пояснюють необхідність функціонування організації.

«Процес – це інтеграція людей спеціалістами-професіоналами для формування організації та удосконалення її діяльності.

Функція – це вміння досягати мети, спрямовуючи працю та мотиви персоналу організації.

Категорія людей – це колектив, чия робота полягає в організації діяльності компанії.

Органи управління – це центр діяльності, що є ключовою частиною будь-якої організації для досягнення її цілей та координації всіх ресурсів.

Управління – це особливий вид діяльності, що перетворює неорганізований натовп в ефективний та продуктивну групу» П. Друкер

В галузі медицини управління має специфічні види, а саме:

- Лікувальне (організація діагностики, лікарського та хірургічного лікування, мануальних та фізіотерапевтичних процедур тощо)
- Технічне (технологічними процесами, приладами, обладнанням)
- Державне (життям суспільства, зростанням економіки, соціальними відносинами та інститутами, опорними територіальними структурами)
- Ідеологічне (впровадженням у свідомість персоналу та пацієнтів позитивних та оптимістичних установок)
- Неполітичне: типу «Союз пацієнтів», «Лікарі без кордонів», рух Greenpeace та інші громадські об'єднання.
- Господарське (інфраструктурою, логістикою, постачанням продуктами та ліками, організацією бухгалтерського обліку та закупівель, забезпеченням охорони тощо)

Поняття «менеджмент» в галузі охорони здоров'я поширюється на такі процеси:

- Організація діагностики, розміщення, лікування та профілактики здорових та хворих громадян
- Безпосереднє управління медперсоналом
- Управління підприємницькою діяльністю комерційних організацій охорони здоров'я зі сторони найманих керуючих (залучених власником) або ним самим
- Управління лікувально-господарською діяльністю державних установ охорони здоров'я, надають медичні послуги, крім низки спецструктур судової медицини, МНС та ін.

Особливість менеджменту в галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Дане завдання пов'язано з тим, що в сфері охорони здоров'я на сьогодні функціонують два типи організацій.

Державні ЗОЗ (лікарні, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, поліклініки, центри здоров'я, санітарно-епідеміологічні станції тощо) – це перший тип. Вони функціонують як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами та отримують фінансування з державного бюджету. Контролює і чітко визначає всі статті витрат держава. В Україні медична допомога населенню, згідно з Конституцією, надається безкоштовно, а державні лікувально-профілактичні заклади не можуть установлювати за неї плату. Існує незначний перелік медичних послуг, які можуть сплачуватися пацієнтами. На підставі цього, керівник державного лікувально-профілактичного закладу зветься управлінцем, а не менеджером [56].

Відповідно до свого європейського вибору, Україна відмовляється від застарілої радянської практики декларування права громадян на необмежений обсяг медичної допомоги безоплатно. Відсутність об'єктивних можливостей для втілення таких декларацій призводить лише до недотримання цього права. Україна впроваджує чітко визначений державний гарантований пакет медичних послуг, який прив'язаний до пріоритетів в охороні здоров'я, економічного стану країни та розповсюджується на всіх без винятку громадян держави [18].

Формують державну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я, організують соціальне управління охороною громадського здоров'я державні службовці, працівники органів державної влади, керівники органів управління охороною здоров'я – це друга категорія управлінців.

Заклади охорони здоров'я недержавної форми власності, що функціонують як самостійні господарюючі суб'єкти в умовах ринку – це другий тип організації в системі ЗОЗ. Вони можуть та й складають плату за

свої послуги. Управління такими закладами забезпечують менеджери в галузі охорони здоров'я.

Основні завдання загального менеджменту:

- «1. Систематичний пошук нових ринків та територій – розширення клієнтської бази;
2. Надання послуг на основі запитів споживачів та наявних ресурсів;
3. Забезпечення рентабельності та беззбитковості роботи організації;
4. Здійснення технічної перебудови, автоматизації, роботизації та цифровізації;
5. Використання вмінь працівників високої кваліфікації;
6. Стимулювання співробітників шляхом створення сприятливих умов праці, оптимальної завантаженості, безперервної підвищення кваліфікації;
7. Систематичне підвищення зарплати та впровадження широкої гами нематеріальних заохочень;
8. Постійний контроль за ефективністю основної та забезпечує діяльність організації, ефективна координація роботи всіх служб та підрозділів» [51].

Завдання медичного менеджменту

1. Неухильна орієнтація для досягнення планованого кінцевого результату в лікувальній та господарській діяльності
2. Постійне коригування цілей та програм в залежності від стану ринку та здоров'я населення, зміни зовнішнього середовища
3. Упорядкування функції та періодичності планування – від поточної до перспективної діяльності
4. Принципова оцінка досягнутих кінцевих результатів
5. Стабільне прагнення до підвищення ефективності та якості медичної допомоги, взаємодії зі суміжними соціальними галузями та установами/підприємствами

6. Використання сучасної інформаційної бази для багатоваріантних розрахунків, прийняття управлінських рішень, автоматизації обліково-статистичних операцій

7. Максимальне застосування математичних методів, ЕОМ та досягнень інформатики

8. Залучення всіх співробітників та пацієнтів організації до управління, удосконалення процесу прийняття рішень, покращення кінцевих показників діяльності

9. Здійснення управління з урахуванням передбачення змін та гнучкої системи прийняття рішень

10. Опора на інновації, нововведення у кожному сегменті роботи, прийняття та реалізація нестандартних рішень

11. Здійснення глибокого економічного аналізу кожного управлінського рішення

12. Здатність розумно ризикувати

13. Зростання ролі соціології, комунікацій та маркетингу до ключової ролі [16].

Отже ми бачимо, що в системі менеджменту СОЗ існують багато завдань та принципів щодо поліпшення якості обслуговування громадян, адже менеджмент в кожній галузі має свою специфіку:

Специфіка менеджменту охорони здоров'я:

1. «Більшість структур - бюджетні установи, чиє існування спрямоване на соціальні цілі (лікування, профілактика, реабілітація) та ґрунтується на некомерційній основі;

2. Специфіка цілей-складність, незмірність, складність оцінки більшості результатів;

3. Висока автономність фахівців, особливо лікарів та медичних сестер;

4. Поєднання спеціалізації та відокремленості з необхідністю тісного взаємозв'язку професійних груп;

5. Навіть комерційна діяльність немислима без соціальної складової;

6. Дух суперництва фахівців не завжди прийнятний;
7. Необхідність обліку у міжособистісній комунікації виховання, інтелектуального та культурного рівня пацієнтів;
8. Перенасиченість вимушеним спілкуванням;
9. Множинність конфліктних ситуацій;
10. Протиріччя між статусом лікаря як людини вільної професії та підневільністю найманого працівника;
11. Бурхливий розвиток медичних технологій та «ідеальних» клінік;
12. Суперечності та етичні проблеми генетики, вірусних епідемій, трансплантології тощо;
13. Погоня за прибутком медичної організації на противагу боротьбі за якість медичних послуг;
14. Асиметрія інформації між лікарем та пацієнтом».

Серед недоліків медичного менеджменту є:

- надмірне збільшення чисельності персоналу;
- необґрунтоване збільшення кількості пацієнтів;
- надмірна закупівля додаткового обладнання;
- нав'язування хворим дорогих методи лікування
- відрив від виконавчої ланки у доходах;
- безґрунтовність (непрямі доходи) використання відряджень, дорогих автомобілів, готелів, медичних заходів (конференцій, симпозіумів;
- увімкнення до обов'язкового переліку необґрунтованих додаткових послуг;
- необ'єктивне ранжування розподілу відповідальності між рівнями медичної ієрархії.

Серед завдань медичного менеджменту є визначення і функціонування медичної організації як системи.

Для цього повинна бути можливість поділу системи на підсистеми (відділення, служби тощо).

Медична установа повинна мати цілеспрямований вибір діяльності (лікувальні відділення повинні здійснювати діяльність суто за профілем, методи діагностики та лікування повинні бути сгрупованими і т.п.), невизначеність впливу середовища на систему

Також медична система повинна мати набір взаємопов'язаних цілей та взаємодію та взаємовплив підсистем всіх підсистем.

Діяльність медичної галузі обов'язково повинна бути за планом. Адже планування – це порядок і досягнення мети.

Класифікації планів медичних установ за критеріями:

1. За змістом діяльності - інвестиції, науково-дослідна робота, лікування, профілактика, маркетинг, закупівлі, збут та ін.

2. За рівнем управління - планування об'єктове, корпоративне, організаційне, філій, відділень і т.д.

3. По об'єктах – цільове (стратегічне, тактичне), програмне, планування фінансів, планування персоналу

4. По глибині планування – агреговане (лікарні, поліклініки) детальне планування будь-якого процесу чи дії

5. За ступенем охоплення - загальне, приватне

6. По стадії розробки - попереднє, остаточне

7. За врахуванням змін — гнучке, жорстке

«Стратегічне планування - інтегральний процес підготовки та прийняття рішень з розробкою методів їх здійснення

Місія-дає уявлення про організацію, її філософію, принципи відносин із зовнішнім і внутрішнім середовищем. Вона сприяє єднанню співробітників, створює умови для ефективного управління

Наприклад, місія дитячої лікарні (Торонто, Канада): медична установа, робота якої присвячена покращенню здоров'я дітей.

Наша місія — найкраще надавати сімейноорієнтовану, чуйну медичну допомогу, застосовувати передові наукові-клінічні розробки, готувати нові покоління провідних фахівців у галузі педіатрії».



У СРСР стратегічне планування охорони здоров'я здійснювалося централізованим прийняттям рішень на рівні Уряду (Рада Міністрів, Держплан, МОЗ).

Таке планування не досягало ефективності, формувалось як жорстка конструкція. Але й донині ЗОЗ не мають повної автономності, самі рідко займаються стратегічним плануванням, приймають лише короткострокові рішення оперативно-тактичного плану.

Планування та взаємопов'язання діяльності закладів охорони здоров'я повинно проводитись на основі передбачення, прогнозування розробки моделі майбутнього, адже прогноз є більш визначеним і достовірним, ніж гіпотеза, бо гіпотеза є лише науковим передбаченням.

Прогноз – «комплекс якісних та кількісних припущень щодо майбутніх параметрів системи, що дає достовірне уявлення про те, що буде зі станом системи охорони здоров'я при заздалегідь заданих умовах (обсязі фінансування, рівні захворюваності, стані законодавчої бази тощо)».

Існує понад 150 методів прогнозування. Це можуть бути прогнози фінансово-економічного стану системи, розвитку окремих видів чи служб медичної допомоги, здоров'я населення, епідемічного благополуччя, поширення інфекцій тощо. На основі таких прогнозів розробляється «узагальнюючий прогноз розвитку системи охорони здоров'я, який, у свою чергу, є частиною прогнозу країни.

Форми прогнозів:

- Дослідницькі
- Нормативно-оперативні поточні
- Короткострокові річні
- Перспективні 5-10-річні
- Глобальні, національні, регіональні
- Районні, міські
- Прості та складні
- Пасивні та активні

- Точкові та інтервальні
- Директивні та індикативні
- Договірні та підприємницькі».

Основні важелі директивного планування – бюджетне фінансування, встановлення адресних завдань та розподіл необхідних їх ресурсів; фонди матеріально-технічних ресурсів, ліміти капіталовкладень, державне замовлення у межах сектору економіки.

Такі плани малоздійсненні, адже їх розробляють вищі органи, вони не завжди підкріплюються виділенням необхідних ресурсів. Роль виконавців плану мінімальна

«Індикативне планування - одна з форм залучення організації охорони здоров'я незалежно від форм власності у розробку на паритетних засадах із держорганом управління охороною здоров'я планів та програм розвитку. Воно базується на системі індикаторів та економічних механізмів, формуючи та стимулюючи інтерес до розробки планів.

Пріоритети під час планування визначають органи державної влади (онкологія, охорона материнства та дитинства, серцево-судинні захворювання тощо). Узгодження плану йде як зверху донизу, так і знизу вгору.

Договірне планування регулює відносини між органами управління, організаціями ОЗ, підрядниками, постачальниками, фондами, банками, та іншими суб'єктами ринку на взаємовигідній основі, утворюючи господарський та професійний механізм стійкого функціонування (договори, угоди, контракти).

Підприємницьке планування регулює ринки підприємницької діяльності та бізнес-активності медичних організацій, надання платних медичних послуг, оренду обладнання, приміщень та тощо.

Нормативний метод планування «застосовується для розрахунку прогнозних та планових показників ресурсного забезпечення охорони

здоров'я. Норми та нормативи розробляє МОЗУ та інші органи виконавчої влади

Норми та нормативи поділяються:

- за характером встановлення – директивні та факультативні
- за змістом - матеріальні та фінансові, тимчасові та постійні
- за укрупненістю - приватні та зведені
- за методом розробки-розрахункові та середні
- за формою вираження - абсолютні та відносні, питомі та загальні».

Балансовий метод корегує потреби населення в різноманітних видах медичної допомоги з їх ресурсним забезпеченням.

«Баланси бувають: натуральні (матеріальні), вартісні (грошові), трудові (кадрові), міжгалузеві, регіональні та локальні тощо.

«Державний метод планування СОЗ – держпрограми, нацпроекти, програма державних гарантій безкоштовної медичної допомоги.

Регіональний метод – територіальна програма державних гарантій, консолідація державних джерел фінансування, збалансованість державних зобов'язань та ресурсів, відповідність об'єктів, що гарантуються допомоги показникам, оптимізація структури та потужності територіальної мережі установ охорони здоров'я, перелік захворювань та видів надається безкоштовною.

Муніципальний – оцінка стану здоров'я населення, зокрема. за опитуваннями громадян; аналіз структури та потужності амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних установ; визначення цілей, завдань та пріоритетів місцевої охорони здоров'я; визначення обсягів медичної допомоги на основі територіальних нормативів муніципальної освіти; узгодження квот безоплатної допомоги на базі міжрайонних медичних центрів; визначення додаткового фінансування з місцевого бюджету; розробка муніципальних медико-соціальних програм; розробка плану організаційно-економічних заходів (двозмінне обслуговування, виключення дублювання аналізів, впровадження ранньої виписки, використання сучасних

технологій діагностики та лікування, залучення міжрайонних медичних центрів, розвиток денних стаціонарів, тощо)».

## **2.2. Розвиток фінансового менеджменту у системі охорони здоров'я**

Розвиненої та кваліфікованої системи управління потребує сфера охорони здоров'я, вона, як і інші галузі економіки є активним учасником ринкових відносин. Фінансові відносини, що безпосередньо впливають на розвиток усіх ланок економічної системи, активно сприяють удосконаленню діяльності окремих підприємств та організацій. У зв'язку з цим особливу роль відіграє фінансовий менеджмент як система управління фінансовими відносинами між суб'єктами господарювання.

Для здійснення будь-якого виду фінансової діяльності управлінські функції фінансових менеджерів мають бути забезпечені нормативно-правовими та інформаційними базами. Нормативно-правову базу фінансової складової діяльності організацій охорони здоров'я становлять закони та укази Президента України, регулюючі діяльність сфери охорони здоров'я, накази, розпорядження, норми і нормативи Міністерства охорони здоров'я України. Інформаційну базу складають інформації фінансово-економічного, правового та іншого напрямів.

Успішні результати діяльності будь-якого суб'єкта господарювання, у тому числі і лікувально-профілактичної установи, залежать від рівня розвитку фінансового менеджменту установи, а також ступеня кваліфікації фінансових менеджерів та їх здатності виконувати свої функції в ринковому середовищі.

Установи охорони здоров'я – це складні соціально-економічні підприємства, які широко використовують фінансові, матеріальні, трудові та інші ресурси з метою задоволення потреб суспільства у медичних послугах.

В умовах ринкової економіки формування та розвиток системи управління діяльністю лікувально-профілактичних установ впливають не тільки на медичну та соціальну ефективність їх діяльності, а й дозволяють визначити та підвищити економічну ефективність їх діяльності за допомогою аналізу доходів та витрат цих організацій. Складовою системи управління діяльністю лікувально-профілактичних установ є управління фінансовими ресурсами.

Управління фінансами лікувальних установ – це комплекс взаємопов'язаних дій, спрямованих на формування та раціональне використання ресурсів лікувально-профілактичних установ з метою досягнення поставленої мети.

Управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, що повинно проявлятися у покращенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і галузі в цілому, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості розвитку охорони здоров'я [2].

Фінансовий менеджмент у галузі охорони здоров'я є складною, повністю не використаною у лікувальних закладах системою управління фінансами. Однак, повне впровадження цієї системи управління у сферу охорони здоров'я, безсумнівно, підвищить життєздатність медичних організацій в умовах ринку.

Розвиток галузі охорони здоров'я, фінансовий менеджмент та адміністрування медичних установ, витрати держави на надання медичних послуг населенню мають вагомое соціально-економічне значення. Оберігаючи та відновлюючи здоров'я громадян – головної складової частини виробничих сил суспільства, вони тим самим покликані сприяти зниженню рівня

захворюваності, збільшенню тривалості життя та працездатного віку громадян, підвищенню працездатності та продуктивності праці [2].

Пріоритетність управління фінансовими ресурсами підтверджується у процесі управління діяльністю лікувальних організацій загалом. У зв'язку з цим можна виділити 3 основні рівні системи управління фінансовими ресурсами, такі як:

- стратегічний;
- тактичний;
- оперативний.

Стратегічний рівень орієнтується терміном понад рік і визначає перспективні мети управління фінансовими ресурсами медичного закладу та можливі результати його діяльності.

Тактичний рівень ґрунтується на визначенні, організації, виконанні конкретних завдань, пов'язаних з управлінням фінансовою діяльністю лікувальної організації протягом поточного року та контролі результатів здійснення цих завдань.

Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання медичних процесів шляхом оптимального використання ресурсів лікувальних закладів. Цей рівень включає проведення розрахунків, аналіз та контроль за діяльністю організацій охорони здоров'я.

«Управління фінансами» використовується як більш широке поняття, воно може означати і фінансове адміністрування, коли мова йде про управління діяльністю державних установ і організацій, і фінансовий менеджмент, коли мова йде про управління фінансами суб'єктів господарювання [2].

Як і будь-яка інша система управління, фінансовий менеджмент у сфері охорони здоров'я має дві підсистеми:

керовану (об'єкти управління фінансами) та керуючу (суб'єкти фінансового менеджменту).

До керованої підсистеми фінансового менеджменту у охороні здоров'я, тобто об'єктам управління, належать фінансові ресурси лікувально-профілактичних установ, що надходять з різних джерел, фінансові відносини лікувальних закладів з різними суб'єктами ринку, а також фінансові показники, що виникають у результаті фінансово-господарської діяльності медичних організацій.

До керуючої підсистеми фінансового управління у сфері охорони здоров'я, тобто суб'єктам управління належать фінансові менеджери (фінансові працівники) лікувальних установ.

Фінансові менеджери закладів охорони здоров'я, будучи суб'єктами економічної системи управління, виконують такі функції:

1. Фінансове планування.

При здійсненні цієї функції фінансові менеджери всебічно оцінюють фінансовий стан лікувально-профілактичних установ, виявляють можливість збільшення фінансових ресурсів та їх раціонального використання. У процесі фінансового планування складається фінансовий план лікувального закладу. Фінансові плани організацій охорони здоров'я зазвичай складаються 1 рік як кошторису витрат. Медичні установи, які мають інші джерела доходів, крім державного бюджету, складають бізнес-плани. У процесі складання фінансового плану медичні установи можуть використовувати різні методи планування, зокрема метод коефіцієнтів, нормативний метод, балансовий метод і т.д.

2. Оперативне управління фінансовими ресурсами.

Воно пов'язане з детальною оцінкою фінансового стану лікувального закладу та раціональним розподілом та перерозподілом фінансових ресурсів, що знаходяться у розпорядженні медичного закладу. У цьому має особливу важливість вибір методу використання фінансових ресурсів установ охорони здоров'я.

3. Фінансовий контроль дозволяє здійснити перевірку стану фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Фінансовий контроль у медичних установах можна поділити на внутрішній та зовнішній фінансовий контроль. Зовнішній фінансовий контроль переважно проводиться державними контролюючими органами, основна контрольна функція яких пов'язані з наглядом правильним використанням коштів державного бюджету лікувальними організаціями. Тобто державні контролюючі органи (місцеві органи управління охорони здоров'я, органи фінансового контролю, органи фінансової поліції та ін.) здійснюють фінансовий контроль для перевірки правильного використання медичними організаціями коштів, виділених з державного бюджету на надання населенню безкоштовного обсягу медичної допомоги.

Внутрішній фінансовий контроль здійснюється фінансовими працівниками (бухгалтери, фінансові менеджери) та керівництвом (головний лікар та інші керівні особи) лікувального закладу. Їхня контрольна функція пов'язана з постійним спостереженням за всіма фінансовими операціями, проведеними лікувально-профілактичною установою.

Якщо лікувально-профілактичний заклад розглянути як підприємство, що вільно діє в умовах ринку, то фінансові менеджери розглядаються як суб'єкти органів управління, які здійснюють фінансову діяльність цього підприємства. У зв'язку з цим до основних функціональних обов'язків фінансових менеджерів лікувальних закладів можна віднести такі:

- організація фінансової діяльності лікувального закладу;
- складання короткострокових та довгострокових фінансових планів лікувальних організацій;
- управління основним та оборотним капіталом медичних установ, організація його формування та раціонального використання;
- аналіз фінансового стану та фінансових показників закладів охорони здоров'я;
- організація фінансових розрахунків лікувальних закладів із споживачами медичних послуг та іншими суб'єктами ринку медичних послуг;



- здійснення фінансових розрахунків закладів охорони здоров'я з фінансово-кредитною системою (державний бюджет, страхові компанії, комерційні банки, податкові органи, пенсійні фонди, лізингові компанії тощо);

- проведення кредитної політики лікувального закладу;

- проведення інвестиційної політики, спрямованої на залучення додаткового капіталу (в т.ч. іноземного) у розвиток діяльності лікувальної організації;

- ведення бухгалтерського обліку лікувального закладу та організація роботи з фінансовою документацією;

- здійснення постійного фінансового контролю за фінансовою діяльністю закладу охорони здоров'я.

Здійснення вищезгаданих функціональних обов'язків потребує високого професіоналізму та кваліфікації з боку фінансового менеджера медичної організації. Для цього фінансовий менеджер повинен знати основи фінансового менеджменту, особливості бухгалтерського обліку в лікувальних організаціях, питання оподаткування у сфері охорони здоров'я, економіку охорони здоров'я, особливості медичного страхування та банківської справи, законодавства в галузі інвестиційної діяльності, бюджетного фінансування, державного замовлення та державної закупівлі, митної справи і т.д.

Суб'єкти фінансового управління, тобто фінансові менеджери з метою на об'єкти управління використовують фінансовий механізм, що діє за допомогою певних елементів. Основу фінансового механізму утворюють фінансові важелі. Фінансові важелі, що використовуються в закладах охорони здоров'я, можна підрозділити на 2 групи:

- 1) фінансові важелі, що виникають при первинному розподілі. До них відносяться амортизаційні відрахування, що утворюють зношену частину вартості основних засобів лікувально-профілактичних установ, доходи від надання медичних послуг різним категоріям споживачів тощо.

2) фінансові важелі, що виникають під час перерозподілу фінансових ресурсів. До них відносяться податки, процентні платежі, лізингові платежі тощо.

З метою на об'єкти фінансового менеджменту через фінансовий механізм фінансові менеджери використовують різні фінансові методи. До основних із них належать фінансове планування, фінансування (бюджетне фінансування, фінансування за допомогою добровільного медичного страхування та надання платних медичних послуг), кредитування, інвестування, оподаткування тощо.

Управління витратами за принципами бюджетування, потребує нових підходів до управління в принципі, його результат є складним комплексним процесом.

До найскладніших проблем належать:

вироблення цілей (результатів) всім розпорядникам бюджетних коштів;

методика оцінки якості досягнення результату;

створення та контроль системи основних бюджетних обмежень (граничний рівень якогось бюджетного показника), тобто. система оцінки, «стримувань» і «противаг».

Таким чином сьогодні необхідні зміни у механізмі фінансування охорони здоров'я, на основі послідовної реалізації принципів поділу покупців та виробників медичних послуг та фінансування виробників послуг на контрактній основі за погоджені з покупцем обсяги послуг, що надаються населенню.

Зміни, що сталися у вітчизняній медицині останніми роками, стосуються не лише результатів науково-технічного прогресу, а й певних моральних проблем. Багато років повсюдно домінувала теза про те, що кожній людині є все найкраще, що може запропонувати медицина.

Проте з часом інтереси почали зміщуватися до питань ресурсів та вартості лікування, стандартизації якості, а також економічної ефективності діяльності в галузі охорони здоров'я.

Незважаючи на вже значний інтерес до питань якості медичної допомоги, цей аспект удосконалення системи охорони здоров'я в Росії залишається для більшості медичних працівників новим і часом зовсім неясним. Зарубіжна література, особливо американські джерела, всебічно висвітлюють методи забезпечення якості, але вони настільки специфічні для США, що навряд чи прийнятні в інших країнах, хоча вивчення закордонного досвіду принесе певну користь для розробки концептуальних підходів до забезпечення якості медичної допомоги в Україні.

Підсумовуючи сказане вище, слід зазначити, що в умовах формування багатоукладної, ринкової сфери охорони здоров'я, в першу чергу необхідно вдосконалювати систему фінансування сфери. І тому слід розвивати систему управління фінансами.

В умовах ринку професійне управління фінансовими установами охорони здоров'я може забезпечити:

- залучення додаткових джерел фінансування лікувальних закладів;
- ефективне використання фінансових ресурсів лікувально-профілактичних установ;
- розвиток інших видів (інвестиційний, фінансовий) діяльності закладів охорони здоров'я;
- розвиток у сфері охорони здоров'я різних видів фінансових операцій;
- становлення лікувально-профілактичних установ як вільного учасника ринку цінних паперів тощо.

### **2.3. Система менеджменту якості – новаторський підхід до організації медичних послуг**

Важливе місце у Європейській політиці здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я посідають питання якості. Європейським бюро ВООЗ

серед сформульованих завдань щодо досягнення здоров'я для всіх: завдання №31 «Якість обслуговування та відповідна технологія» вказувало наступне: «До 2000 року всі держави-члени повинні мати відповідні структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення відповідного розвитку та використання технології охорони здоров'я» (редакція від вересня 1991 року). І Європейська медична спільнота цього майже досягла [54].

Під якістю медичної допомоги слід розуміти сукупність результатів профілактики, діагностики та лікування захворювань, що визначаються відповідними встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки та практики (не тільки лікаря та його помічника, а й усієї системи охорони здоров'я в цілому). Якість медичної послуги може бути визначено низкою об'єктивних даних, про якісні показники медичної допомоги. Сучасний стан медичної науки та практики дає можливість виміряти ЯМП числовими величинами.

За іншим дослідженням ЯМП слід віднести формулювання за яким якість медичної допомоги визначається як «зміст взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на кваліфікації професіонала, тобто його здатності знижувати ризик прогресування у пацієнта захворювання та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії із системою охорони здоров'я». Це визначення також ґрунтується на матеріалах та рекомендаціях Європейського бюро ВОЗ, де враховуються чотири основні компоненти:

- кваліфікація лікаря,
- оптимальність використання ресурсів,
- ризик для пацієнтів,
- Задоволеність пацієнта наданою медичною допомогою [37].

На рис. 2.3.1. показані дані з опросу щодо покращення організації охорони здоров'я.

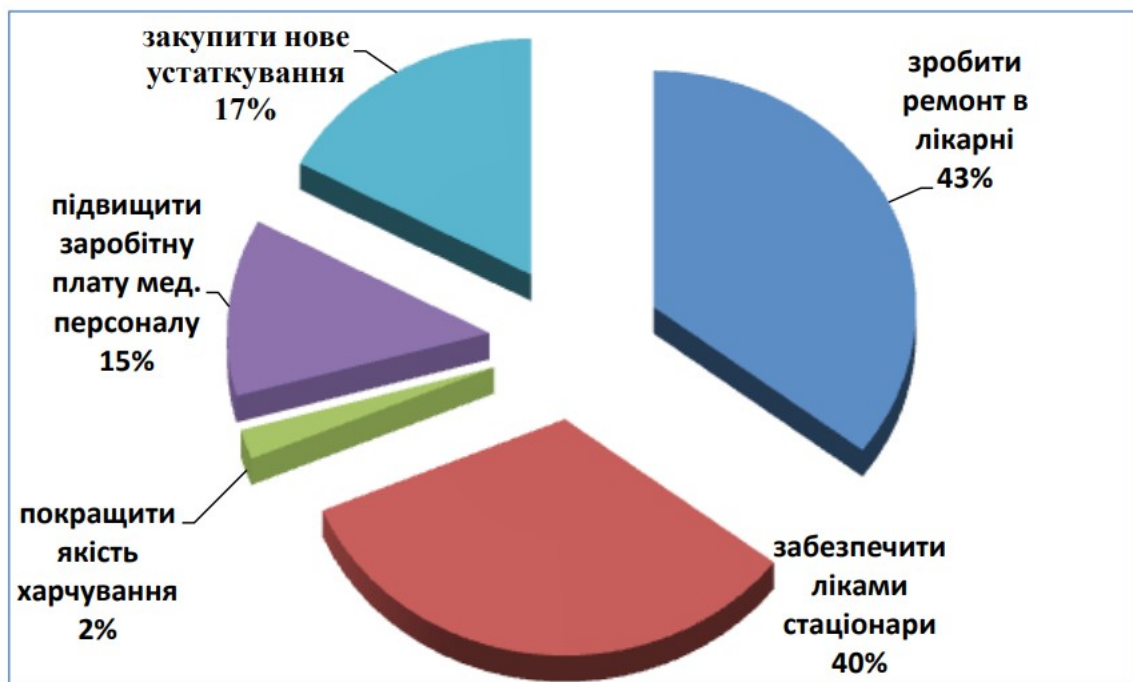


Рис. 2.3.1. Пропозиції з покращення організації охорони здоров'я

Зрештою якість надання медичної допомоги відображає весь спектр взаємодій пацієнта та лікаря, які б неймовірні, на перший погляд, форми це не набувало. Щоб наблизитися до розуміння ЯМП слід визначити взаємовідносини пацієнта (покупця медичних послуг) та лікаря (виробника медичних послуг). Оцінюючи якості товарів та послуг розглядається наступні характеристики:

Якість виконання - характеристика, що відбиває ступінь задоволення запитів, потреб пацієнтів.

Якість відповідності - характеристика, що відображає ступінь відповідності прийнятим стандартам, внутрішнім специфікаціям та ін.

Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я надані в додатку А.

Головна заслуга у конкретизації трьох основних компонентів якості (структура, процес, результат) належить видатному організатору охорони здоров'я, ліванцю вірменського походження Аведісу Донабедіану.

А. Донабедіан відстоює створення самодостатньої охорони здоров'я, що прагне підвищення клінічної ефективності без шкоди для економічної складової. На його думку, існуючі недоліки в галузі охорони здоров'я – наслідок «зовнішніх факторів». Він говорив, що систематичне вивчення цих зовнішніх факторів диктує необхідність вироблення нової парадигми якості - парадигми, заснованої на системному мисленні. Без дослідження «зовнішніх факторів» нам не розібратися з вадами, що виникають у охороні здоров'я під їхнім впливом. Подумавши спочатку про те, як ми сприймаємо нинішній стан охорони здоров'я, краще зрозуміємо, що під ним розуміти [57].

Реальний досвід управління підказує, що без започаткування інновацій не вдасться вирішити старих проблем. Останні п'ятнадцять років ми спостерігаємо помітні зміни щодо оцінки споживачами товарів та послуг. Все більшого значення для людей має цінність продукції, і визначається вона в їх сприйнятті не тільки вартістю та якістю, а й низкою інших характеристик. І вітчизняна медицина не стала винятком із загальної зміни споживчих парадигм, а отже й старі проблеми охорони здоров'я доведеться вирішувати по-новому.

У промисловому виробництві міжнародні стандарти якості серії ISO 9000 почали застосовуватись раніше, ніж у медицині. Лише за останнє десятиліття в Україні з'явилися перші медичні установи, які вирішили адаптувати їх до цієї галузі. Багато з того, щоб стандарти стали обов'язковими і непорушними залежить від колективних зусиль держави, органів виконавчої влади, лікарів та пацієнтів. Адже успішність проекту впровадження СМЯ у галузі охорони здоров'я повинно визначитись на загальному стані здоров'я населення. Поки що система управління якістю (СУЯ) та безпекою є достатньо інноваційною і впроваджена не в усіх медичних установах країни, але серед них є і державні, і приватні клініки.

Міжнародна організація зі стандартизації (International Organization of Standardization - ISO) утворена в 1946 році як спеціалізована організація ООН з центром в Женеві. Є всесвітньою федерацією національних організацій зі

стандартизації (комітетів – членів ISO). Розробка міжнародних стандартів зазвичай здійснюється технічними комітетами ISO. Однак для швидкого реагування на вимоги ринку ISO передбачила можливість підготовки документів експертними групами. Ці документи публікуються як угоди міжнародних експертних груп. Як приклад можна навести Угоду міжнародної експертної групи ISO IWA1:2005 «Системи менеджменту якості. Рекомендації щодо покращення процесів у закладах охорони здоров'я» (IWA 1:2005 «Quality management systems – Guidelines for process improvements in health service organizations»).

Система менеджменту якості (СМЯ) - це сукупність методик, процесів і ресурсів, які необхідні для загального керівництва якістю послуг, що надаються тією чи іншою організацією [54].

В системі менеджменту якості в медицині існує кілька базових принципів: орієнтація на пацієнта, лідерство керівника, прийняття заснованих на фактах рішень, залучення персоналу, взаємовигідні відносини з постачальниками та ін.

«У нас має бути наступність медичної допомоги — зв'язок від первинної ланки стаціонару та назад. В ідеалі ви повинні звертатися за медичною допомогою, а вас повинні брати за руку і вести за фахівцями, щоб ви не витрачали на це сили та нерви. Але при цьому важлива активна участь пацієнтів у процесі лікування. У пацієнта є не лише права, а й обов'язки, включаючи профілактику захворювань, регулярні відвідування лікаря, диспансеризацію тощо».

В Конституції України закріплене право на отримання якісної медичної допомоги [19]. Але ні працівники лікарень, ні пацієнти не розуміють поняття «якість» — воно досить розпливчате і не визначено що саме включає ця вимога. Таке нечітке формулювання дозволяє «якість надання медичної послуги » розуміти кожному по-своєму. Систему, яка сформує однакове уявлення про дане поняття як у пацієнтів так і у співробітників, допомагають вибудувати в медичному закладі Стандарти менеджменту якості.

В Україні протягом довгих років загалом не враховувалися вимоги пацієнтів щодо визначення якості послуг. Принципи за якими працювали ЗОЗ були такі: є скарги –погано, немає – добре. Коли в лікарнях запровадили опитування пацієнтів що ґрунтується на незалежній оцінці якості обслуговування, ситуація змінилася. Нещодавно сформульовано ідею про оцінку діяльності лікарень на основі певного переліку вимог (стандартів) щодо основних послуг медичної допомоги. Поки що цю ініціативу впроваджують добровільно, але, ймовірно, згодом і це стане обов'язковим.

За даними експертів, українська медицина до повсюдного впровадження СМЯ поки що не готова, але перші кроки в цьому напрямі вже зроблено.

«Все необхідне має бути під рукою у лікарів та медичних сестер, причому саме в той час, коли в цьому є потреба. Цей принцип взятий із технології „ощадливого виробництва“, яка застосовується на заводах корпорації Toyota. Наприклад, для того, щоб запаси необхідних ліків та витратних матеріалів відповідали потребам та не було надлишкових резервів, необхідно впровадження технології управління ліками та витратними матеріалами із застосуванням карток.

Найближчими роками повсюдно запровадити систему менеджменту якості в охороні здоров'я України навряд чи вийде, але в деяких «передових» регіонах це станеться раніше завдяки ініціативі головлікарів, які зацікавлені у розвитку своєї установи та реальному підвищенні якості медичної допомоги, що надається».

На рис 2.3.2. надана схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.



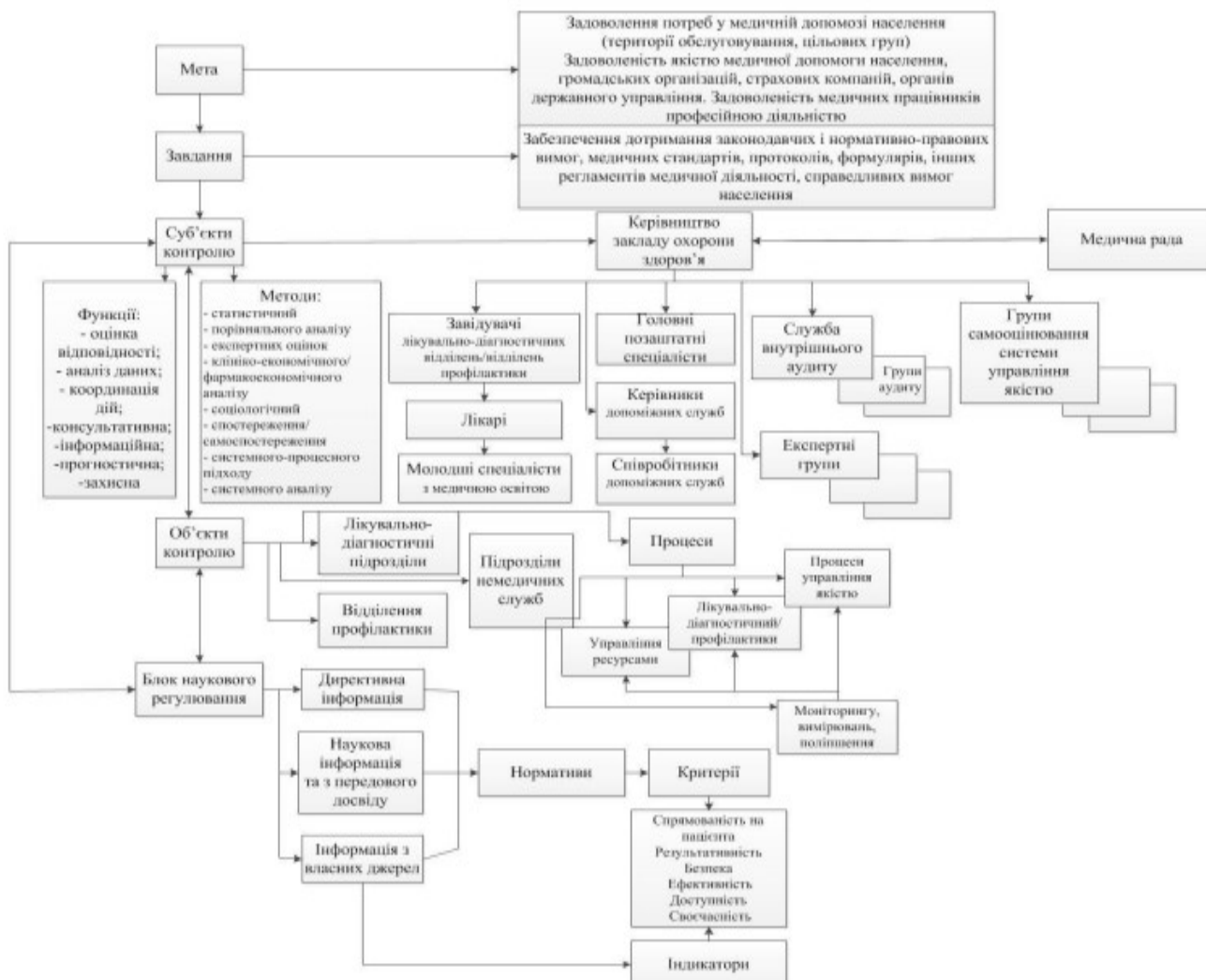


Рис. 2.3.2. Схема системи контролю якості медичної допомоги в ЗОЗ

Так з чого ж необхідно розпочати запровадження СМЯ у лікарні? Насамперед, керівник сам повинен буквально «заразитися» ідеєю та дійти розуміння, що це необхідно для його закладу. Необхідно спиратись в цьому напрямі на найкращі практики тих медичних закладів, де впроваджена та успішно працює така система.

Подальшим етапом необхідно провести навчання із співробітниками, де потрібно розповісти за допомогою консультантів чи самостійно про майбутні інновації, про цілі та необхідність використання стандартів якості.

Наступним кроком, щоб розуміти, де є втрати, і наскільки вони серйозні, буде проведення аудиту початкового стану медичного закладу.

Потім слід вибрати найбільш проблемний напрям роботи закладу, що вимагає першочергових змін. Для забезпечення якісного менеджменту, важливим моментом в започаткуванні СМЯ є розробка інструкцій, в яких чітко прописати всі завдання, тобто – хто, в який час і як повинен виконати покладені обов'язки. Останнім етапом є ретельне навчання всіх учасників процесу. Мабуть, найкрупітка робота – так залучити до процесу співробітників закладу, щоб вони самі перейнялися ідеєю покращення якості медичних процесів.

Стандарти СМЯ використовуються керівниками охорони здоров'я для:

- розробки та реалізації політики та досягнення цілей у галузі комплексної медичної допомоги (КМД);
- популяризації політики та цілей у галузі КМД у всій установі для підвищення поінформованості, усвідомлення, мотивації та залучення персоналу;
- орієнтації на споживачів у всій організації;
- впровадження процесів, що дозволяють виконувати вимоги споживачів та інших зацікавлених сторін та досягати цілей у сфері якості;
- розробки, впровадження та підтримки в робочому стані результативної та ефективної СМЯ для досягнення цілей у сфері якості;
- Забезпечення процесів необхідними ресурсами;
- Проведення періодичного аналізу СУЯ;
- прийняття рішень щодо політики та цілей у сфері якості;
- прийняття рішень щодо заходів поліпшення СУЯ.

За попередніми даними експертів знадобиться приблизно півтора року для впровадження базових принципів СМЯ.

**Висновки до розділу 2.** Резюмуючи вищезазначене, можна зробити висновки що в Україні окремі ключові ризики потребують доопрацювання. Вони негативно впливають на реформування в СОЗ (система тіньових заробітних плат (недостатньо коштів потрапляє в бюджет); низька заробітна плата населення (неможливість отримати дороговартісну процедуру чи ліки);

високий рівень загальної захворюваності населення (витрачання значних коштів на подолання такого стану); стрімке старіння населення (внаслідок вищеперелічених проблем) та інше). Тобто, українська СОЗ визначається фінансовим та ресурсним дефіцитом, застарілою структурою медичних послуг, що потребує негайного реформування сфери охорони здоров'я та радикального перегляду у таких питаннях, як її фінансування, раціональне використання ресурсів, переорієнтація на профілактичний напрям. В умовах реформування системи охорони здоров'я необхідно змінити підхід до фінансового менеджменту охорони закладів здоров'я, що передбачає підвищення фінансової самостійності ЗОЗ та змінити ставлення до контролю, а саме: акцентувати ставлення на оцінку результатів діяльності, тобто визначення обсягів і якості медичних послуг. Тобто, з одного боку, управління фінансами об'єкта охорони здоров'я має бути, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності. Воно повинно проявлятися у підвищенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг. З другого боку – фінансовий менеджмент повинен призвести до забезпечення фінансової стабільності не тільки установи, і й медичної галузі взагалі. Такий підхід дасть змогу здійснювати діяльність, тобто надавати медичні послуги, а також забезпечити можливості розвитку системи охорони здоров'я в цілому.

Впровадження СУЯ повинно впорядкувати роботу всіх рівнів медичного закладу та принести цілком відчутні результати такі як: задоволеності співробітників від своєї роботи і, що важливо, підвищення рівня задоволеності пацієнтів, це зниження кількості негативних відгуків, пов'язаних з перебуванням хворих та наданням медичної допомоги, зменшення ускладнень у процесі лікування та кількості помилок. Для тих, хто сумнівається у необхідності застосування СУЯ та безпекою в медицині таких аргументів має бути достатньо. При цьому є ще й позитивний економічний ефект, адже повинна зменшитись і кількість хворих, кількість

часу перебування їх у лікарнях та зменшення витрат на ліки та обслуговування.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ПРИНЦИПИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **3.1. Підготовка медичних кадрів для роботи в інноваційних умовах**

Відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років одним з основних завдань визначено завдання розвитку медичної науки і інновацій в охороні здоров'я. Необхідною умовою формування інновацій в галузі є модернізація системи медичної освіти [30].

За відносно короткий час Україна пройшла величезний шлях реформування системи охорони здоров'я. Протягом перехідного періоду структура управління охороною здоров'я була адекватна завданням виживання і збереження науково-освітнього та медичного потенціалу. Разом з тим, очевидно, що в умовах розвитку економіки, яка заснована на знаннях, важлива подальша модернізація системи управління об'єктами охорони здоров'я [49, 23]. Питання управління, в першу чергу, торкаються проблеми стратегічного розвитку охорони здоров'я [2, стр. 59].

Сучасні проблеми розвитку кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я в світі пов'язані з дефіцитом персоналу, не тільки науковців, а й тих, хто надають первинну медичну допомогу. Нестача кадрів в галузі медицини визнається усім світовим товариством. В той же час є надмірна кількість вузькопрофільних фахівців, дисбаланс між чисельність лікарів та фельдшерським або сестринським персоналом, надмірна концентрація медичних працівників в мегаполісах.

Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я і медичної науки характеризується також низькою розвиненістю інфраструктури, яка б виводила наукові розробки в область практичної охорони здоров'я. Інноваційні продукти, які використовуються при модернізації і розширенні виробництва, в своїй більшості створені за кордоном і розроблені на основі інтелектуальних ресурсів, патентів, ноу-хау зарубіжних компаній [49].

Особливої гостроти набуває проблема застосування інформаційних технологій безпосередньо до організаційно-управлінських функцій в охороні здоров'я, розробці і просуванні інновації. Сьогодні використання інформаційних технологій, яке забезпечує комплексну підтримку технологічних і бізнес-процесів, представляється найбільш виправданим і ефективним [2, стр. 59].

У зв'язку з цим стають особливо актуальними питання адекватної вимогам часу організації ІД в сфері охорони здоров'я. З одного боку, вітчизняна наука, і медицина особливо, гостро потребує збільшення обсягів фінансування, з іншого боку, в охороні здоров'я існує цілий ряд факторів, які створюють серйозні перешкоди впровадженню МІ і тим самим значно ускладнюють їх доведення до споживача [46].

До вказаних факторів можна віднести:

- відсутність належної координації між розробкою МІ з можливостями їх використання в охороні здоров'я, що призводить до їх не виправданої незатребуваності і ускладнює появу інновацій наступного покоління;
- відсутність повної і своєчасної інформації про медичні ІТ, які з'явилися і активно впроваджуються за кордоном;
- підсилюється роз'єднаність систем наукового пошуку, підготовки кадрів і охорони здоров'я;
- нездатність сфери охорони здоров'я виступити в ролі замовника з чітким обґрунтуванням необхідності створення тих чи інших ІТ;

- діюча система підготовки кадрів не відрізняється гнучкістю, часто не враховує і не формує сьгодні потреби в кадрах, здатних розробляти, впроваджувати і широко використовувати ІТ;

- недостатньо швидке насичення галузі інформаційно-комунікаційними технологіями [52].

Державне стимулювання інноваційної діяльності медичних закладів як і використання інноваційної інфраструктури, при відсутності висококваліфікованих кадрів у високотехнологічній сфері будуть малоефективними без інновацій в кадровій сфері медичної галузі та змін підходів до кадрової політики [25].

Треба визначитись с самим терміном «кадрова політика». Кадрова політика – це цілеспрямована діяльність щодо створення трудових колективів, що найліпшим станом сприяла б суміщенню цілей та пріоритетів установи і працівників.

На рис. 3.1.1. визначені види кадрової політики медичних закладів.



Рис. 3.1.1. Види кадрової політики медичних закладів

Крім видів кадрової політики визначають і принципи кадрової політики.

Принципи кадрової політики: стратегічна спрямованість; комплексність; системність; послідовність; економічне обґрунтування; законність; гнучкість; зв'язок з інноваціями.

«В процесі реалізації кадрової політики постають зовнішні та внутрішні фактори її впровадження.

До зовнішніх факторів відносяться наступні складові:

- а) особливості законодавчого регулювання трудових відносин;
- б) ситуація на ринку праці в галузі медицини;
- в) співвідношення з професійними та громадськими об'єднаннями.

Складові, які містять в собі внутрішні фактори:

- а) цілі медичного закладу, їх інтеграція в процесі і в часі;
- б) стиль управління, що визначений в структурі організації;
- в) умови праці;
- г) методи співпраці з персоналом;
- д) якісні характеристики трудового колективу» [35].

Сучасний етап розвитку суспільства загострив проблему професійної підготовки фахівців для медичної науки. Різко знизився престиж медичної професії; випускники медичних ВНЗ віддають перевагу фармацевтичним фірмам. У клінічних ординаторів та аспірантів відзначається відсутність повноцінних зв'язків професійної медичної освіти з НДР і практичною діяльністю. Реалії професійної освіти виявили проблему навчання студентів вищих навчальних медичних закладів основам НДР, отримання досвіду проведення наукових досліджень, розвитку творчих здібностей, спрямованих на практичну реалізацію в професійній діяльності наукового та інтелектуального потенціалу [27]. Основні процеси підготовки фахівців медичної сфери в сучасних соціально-економічних умовах відповідно до



вимог на ринку праці надані на рисунку 3.1.2.

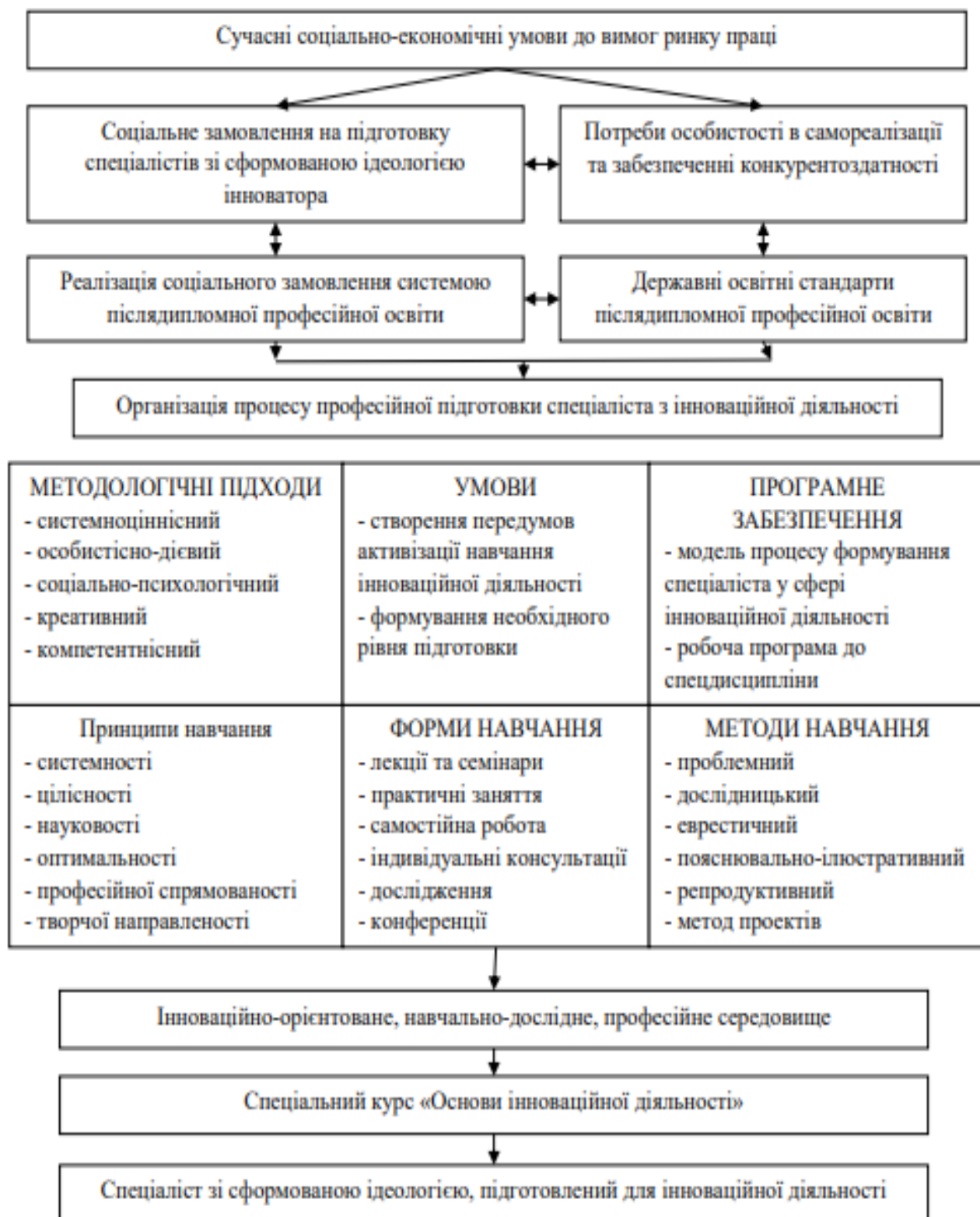


Рис.3.1.2. Принципи та механізми реалізації підготовки кадрів для інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я

Широке обговорення шляхів реформування вищої медичної школи в останні роки аж ніяк не знизило актуальність даної проблеми на сьогодні. У вітчизняній професійній освіті продовжують переважати пасивні методи навчання (лекція-монолог, демонстрація, спостереження, робота з підручником тощо). Основу процесу адаптації освітніх тенденцій до загальноєвропейських стандартів складають прийняття і введення в усіх національних школах професійної медичної освіти інноваційних технологій, орієнтованих на підвищення якості освіти і які забезпечать високий рівень професійної компетенції (рис.3.1.3.) [25].

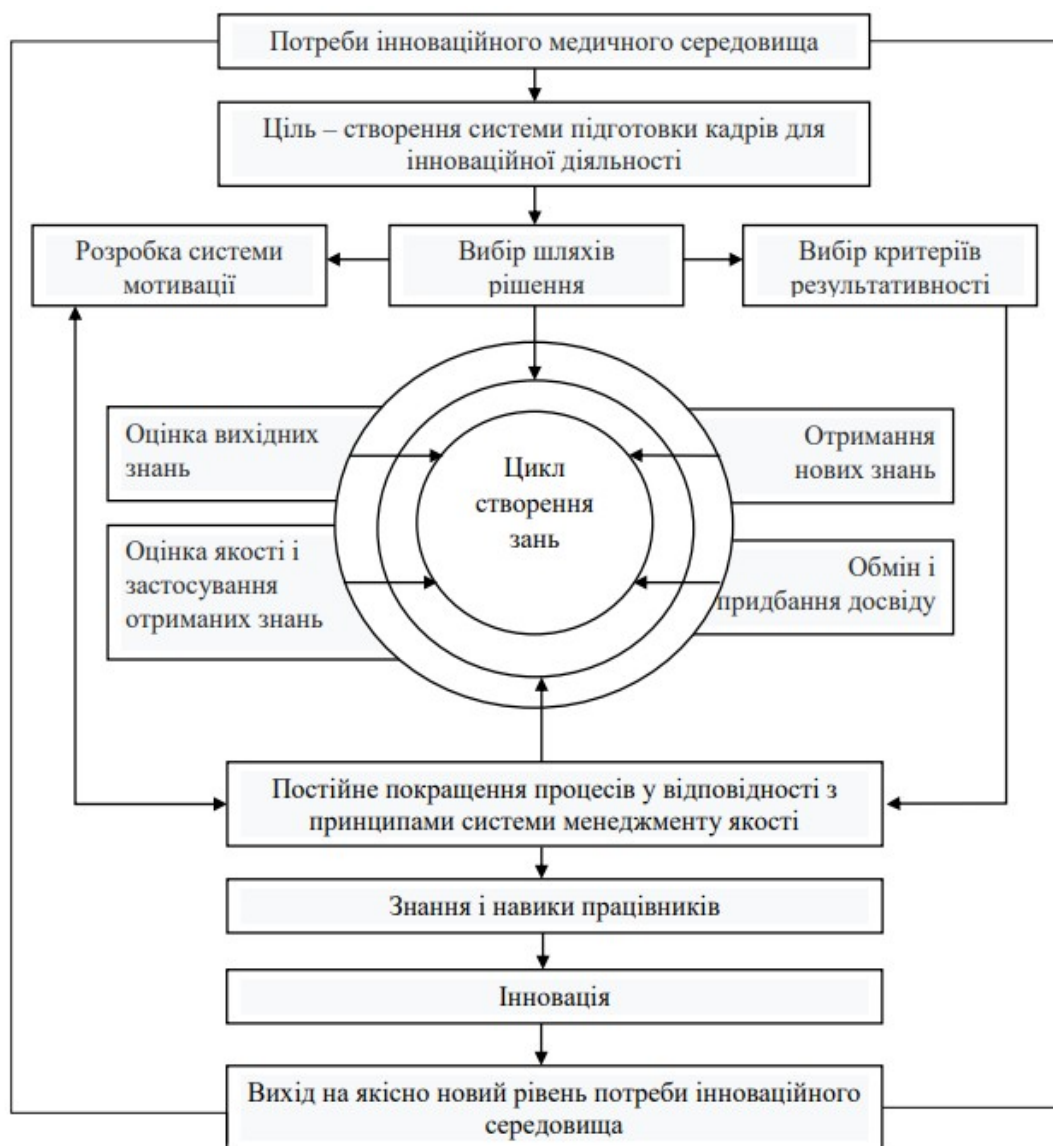


Рис. 3.1.3. Модель підготовки кадрів для інноваційної діяльності

Загальновідомо, що наука служить інструментом отримання нових знань, пошук яких здійснює людина в процесі інноваційних винаходів. Сучасний етап розвитку суспільства загострив проблему професійної підготовки фахівців, здатних синтезувати нові знання, розробляти принципово нові рішення поставлених завдань. Констатуючи відсутність повноцінних зв'язків професійної освіти з науково-дослідною та практичною діяльністю, можна стверджувати, що зміст освіти і освітніх технологій недостатньо адекватний сучасним вимогам і задачам забезпечення конкурентоспроможності української освіти на світовому ринку освітніх послуг [15].

Молоді кадри, які хочуть займатись інноваціями є тим ресурсом, який може реалізувати поставлені перед охороною здоров'я та медичною наукою завдання. Залучення не тільки молодих вчених, а й студентів до наукових досліджень, як однієї з форм самостійної роботи, дозволяє підготувати висококваліфікованого фахівця, готового до освоєння і впровадження нових методик в повсякденну практику. Систематичне проведення науково-дослідної роботи вирішує завдання формування у студента і молодого фахівця критичного ставлення до багатьох аспектів у професійній сфері, стимулює його на пропозицію науково-обґрунтованих методів модернізації або оптимізації діяльності, доказ їх ефективності та впровадження в практику [31, с.175].

### **3.2. Удосконалення механізмів кадрового забезпечення медичної галузі**

На даному етапі розвитку країни стан соціально-економічних та політичних інститутів України потребує певного удосконалення, оскільки

існуючі державні механізми в межах існуючої політичної системи держави не здатні усунути соціальні дисбаланси.

Вітчизняний трудовий потенціал залишається однією з головних конкурентних переваг вітчизняної економіки і має розглядатися як один із ключових важелів динамічного відновлення економічного зростання. Ефективне використання трудового потенціалу вимагає концентрації зусиль навколо динамічного підвищення продуктивності праці, потім розвитку реального сектора економіки на основі його модернізації та оновлення основного капіталу.

Швидкий процес оновлення знань, суттєва зміна технічних, інформаційних та організаційних умов медичної галузі зумовлюють необхідність перепідготовки кадрів та підвищення кваліфікації. Сучасні підходи до кадрової політики та освіти (у тому числі й підвищення кваліфікації) в інформаційному суспільстві докорінно відрізняються від тих, що мали місце в індустріальному суспільстві. Щодня змінюється ситуація ринку праці в медичній галузі. Наразі не вистачає спеціалістів широкого профілю і водночас – надлишок вузькопрофільних фахівців. На даний час держава спрямовує кадрову політику на зміни в умовах ринку і воєнного стану. Ринок та держава мають створювати умови для здобуття нових знань, освоєння нових професій. А це вимагає вкладення коштів як роботодавцями та державою, так і самими працівниками, які залишилися поза сферою професійної зайнятості [33, с.144]. Також не зайвим буде залучення інвестицій в медичну галузь, а це – і фармація, і обладнання, і наука в цілому.

Таким чином, перед економікою України загалом та економікою знань зокрема у рамках постіндустріальної моделі економічної системи виникла низка питань:

- необхідність забезпечення взаємних відносин між ринком освітніх послуг та ринком праці;
- приведення обсягів та якості професійної освіти та навчання відповідно до потреб роботодавців;

- підвищення ролі соціальних партнерів, суб'єктів господарювання у реалізації стратегії навчання протягом життя;
- запровадження компетентності підходу до кваліфікації та визнання результатів навчання [14, с.115].

На найближчу перспективу основна мета кадрової політики полягає у «розвитку системи управління кадровим потенціалом галузі, заснованої на раціональному плануванні підготовки та працевлаштування кадрів, використанні сучасних освітніх технологій та ефективних мотиваційних механізмів, що дозволяють забезпечити органи та установи охорони здоров'я персоналом, здатним на високому професійному рівні вирішувати задачі підвищення якості медичної та лікарської допомоги населенню» [21].

Стала очевидністю необхідність наукового розвитку сучасних кадрових технологій в системі органів охорони здоров'я. Питання розробки кадрової політики, планування та підбору кадрів, створення оптимальних умов праці, організації колективної роботи, забезпечення професійного та кар'єрного зростання, саморозвитку фахівців, формування систем мотивації до досягнення високих результатів, формування психологічного клімату та організаційної культури, відродження системи відбору та підготовки резерву на керівні посади, приведення складу керівників у відповідність до сучасних вимог наукового управління складають актуальні напрямки роботи з кадрами.

Підготовка кадрів для медичної галузі у передових за рівнем економічного розвитку країнах є важливим чинником економічного зростання, на що, власне, має дорівнюватися і наша держава. Стан кадрових ресурсів охорони здоров'я у світі експерти ВООЗ характеризують нині як глобальну кризу. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, визначають одними з основних перешкод досягнення цілей тисячоліття в галузі розвитку та наступних за ними цілей сталого розвитку [6, с.360].

До типових недоліків кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять такі:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики та лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я; – виражена неоднорідність у географічному розподілі та професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів, співвідношення лікарів та медичних сестер;

- дисбаланс фахівців загальної практики та вузьких фахівців;

- кадрове забезпечення медичної галузі у місті та селі та ін.);

- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я;

- недосконала та ненадійна інформаційна та дослідницька база з кадрових ресурсів охорони здоров'я (КРОЗ);

- загальні проблеми КРОЗ (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок залежно від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [7, с.229].

Виділяються такі проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я:

- складність структури кадрових ресурсів: за оцінками ВООЗ, підготовленими на основі результатів національних переписів, обстежень трудових ресурсів та статистичних джерел, нині у світі налічується понад 5,9 млн. медико-санітарних працівників, зайнятих повний робочий день. До цих працівників належать ті з них, основна функція яких полягає у зміцненні здоров'я плюс медико-санітарні працівники, зайняті в організаціях, які не входять до системи охорони здоров'я (такі, як медичні сестри, зараховані до штату тієї чи іншої компанії чи шкільної амбулаторії тощо). д.). Складну

структуру кадрів охорони здоров'я підтверджує і номенклатурний перелік профілів лише суто медичної та фармацевтичної діяльності сфери охорони здоров'я (у Європейських країнах — понад 53 одиниці спеціалізації) [1].

Складна структура кадрів системи охорони здоров'я ускладнює механізми планування потреб у кадрах. Адже облік цієї категорії трудових ресурсів важливий як з погляду розвитку власне сфери охорони здоров'я, і з погляду побудови стратегії розвитку кадрової політики та формування механізмів забезпечення кадрами, залежно від потреб у тих чи інших спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Існують проблеми статистичного обліку медичних кадрів. Існуюча статистична база медичних кадрів не повною мірою враховує складну кадрову структуру медичної галузі. Відповідно, неповна (або спотворена) статистична інформація щодо кадрового забезпечення галузі призводить до неефективного планування підготовки та перепідготовки медичних кадрів. Недоліки статистичної звітності та відсутність загальноприйнятих визначень та аналітичних інструментів ускладнюють завдання проведення моніторингу кадрових ресурсів охорони здоров'я на будь-якому рівні — від глобального та регіонального до національного та місцевого.

У всьому світі дефіцит кадрів в системі охорони здоров'я світі становить близько 2,3 мільйона лікарів, медичних сестер та акушерок та понад 4 млн працівників охорони здоров'я загалом. У деяких регіонах світу, особливо в країнах Африки на південь від Сахари, для подолання кризи чисельність кадрів охорони здоров'я має бути збільшена майже на 140 %. Для покриття кадрового дефіциту у світі потрібно, як мінімум, 4, 25млн працівників сфери охорони здоров'я (2,36 млн. медичних працівників та 1,89 млн. адміністративних працівників та фахівців немедичного профілю) [24, с.71–75].

Таким чином, нерівномірний розподіл кадрів є однією з найбільш актуальних та складних у вирішенні проблем організації кадрового забезпечення медичної галузі, оскільки стосується питань загального

охоплення населення медико-санітарною допомогою, подальшої кваліфікації персоналу, професійної підготовки, трудової міграції кращих кадрів (і внутрішньої, і зовнішньої), міжгалузевих проблем щодо розвитку медицини на периферії та сільській місцевості тощо.

В підсумку про все вище сказане, слід визначити наступні недоліки стану галузі охорони здоров'я:

невідповідність державної кадрової політики вимогам реформаційних процесів;

стратегічне спрямування на підготовку кадрів відповідно до потреб суспільства, яке б передбачало кваліфіковане планування, прогнозування, постійний аналіз кадрової ситуації в країні - не на достатньому рівні;

відсутній системний підхід до управління всіма ланками кадрового складу медичної галузі (від профорієнтації молоді, відбору, профпідготовки, та закінчуючи впровадженням технологій професійного розвитку на робочому місці);

недосконалість законодавчої бази, тобто законодавством не адаптовано інтеграцію провідних кадрових процесів правових світових стандартів у кадрову політику нашої держави;

недостатня поінформованість, функціональна невизначеність кадрових служб, недостатня кваліфікація персоналу кадрових структур в медичній галузі призводить до неузгодженості, неефективності підходів кадрового менеджменту на всіх рівнях.

Перспективи виконання реформ системи охорони здоров'я України значною мірою залежать від стану професійного рівня та якості підготовки менеджерів, медичних та фармацевтичних кадрів як головного ресурсу охорони здоров'я. Концепція кадрової політики в системі охорони здоров'я України визначає основний зміст кадрової політики всієї галузі охорони здоров'я України:

«пріоритети у формуванні кадрової роботи у галузі відповідно до напрямів її реформування;



принципи планування та використання кадрових ресурсів охорони здоров'я на основі вдосконалення номенклатури спеціальностей та системи сертифікації спеціалістів;

стратегію інтенсивного розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я на основі оптимізації системи медичної та фармацевтичної освіти відповідно до вимог практичної охорони здоров'я, медичної науки та галузевого управління; нові засади системи оплати праці працівників галузі;

нові принципи розвитку соціального партнерства, залучення громадських медичних та фармацевтичних організацій до управління охороною здоров'я» [9].

Удосконалення системи управління кадровим потенціалом має йти у напрямі раціонального планування підготовки та розподілу кадрів, з акцентом на формуванні керівника нового типу, здатного успішно працювати у новому організаційно-правовому форматі. Потрібне ширше та гнучкіше використання мотиваційних механізмів та методів соціального захисту працівників, орієнтація на споживача медичної допомоги та послуг для того, щоб забезпечити органи та установи охорони здоров'я персоналом, здатним на високому професійному рівні вирішувати завдання охорони та зміцнення здоров'я громадян, перспективного розвитку галузі, що відповідає потребам та зростаючим запитам населення [3, 20, 32, 48].

Ефективна система управління персоналом, заснована та розроблена для задоволення потреб та очікувань усіх зацікавлених сторін, є найважливішою характеристикою сучасної медичної організації. Для цього необхідно мати в штаті фахівців з кадрів, які встановлюють і підтримують чіткий напрямок управління кадрами в межах своєї компетенції.

У кожній країні існують суто національні підходи формування кадрової політики в галузі охорони здоров'я. Стратегічне планування підготовки кадрів, яке є загальним компонентом кадрового менеджменту є необхідним для реалізації соціально-економічного стану галузі.

Основні характеристики ідеальної кадрової політики в органах охорони здоров'я показані на рис.1.2.1



Рис.3.2.1. Модель ідеальної кадрової політики медичного закладу

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я стратегія розвитку гуманітарних ресурсів в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на створення системи раціонального управління кадрами, під якою мається на увазі грамотне планування, підготовка і використання медичного персоналу. Кінцевою метою кадрового планування в охороні здоров'я має бути задоволення поточних і очікуваних потреб населення у медичній допомозі з урахуванням кліматично-географічних особливостей тих чи інших територій, демографічної ситуації, потреб суспільства в поліпшенні здоров'я, фінансової доступності медичної допомоги та повноти охоплення різних верств і груп населення медичними заходами [30].

На даному етапі серед нечисленної частки осіб, схильних до новаторської діяльності, висока питома вага недостатньо мотивованих керівників, при тому, що управлінська діяльність вимагає не тільки наявності певної компетенції, а й творчого підходу до керівництва, повної самовіддачі, пошуку шляхів та способів самореалізації, самовдосконалення [50].

**Висновки до розділу 3.** Слід зазначити, що у сфері охорони здоров'я проблеми людських ресурсів залишаються одними з тих, які потребують першочергового вирішення. Експерти ВООЗ підтверджують нестачу медичних кадрів у навіть у найбільш економічно розвинених країнах світу.

Якщо врахувати всі аналітичні дані експертів і науковців, можна зробити висновки, що потрібно формувати власну національну кадрову політику розвитку медичної сфери спираючись на інноваційний міжнародний досвід відповідно до соціально-економічних, адміністративних потреб та інших особливостей країни.

## ВИСНОВКИ

1. Для системи охорони здоров'я гостро постає проблема ефективного розподілу для підвищення доступності та якості медичної допомоги при достатньо обмежених ресурсах. Обмеженість ресурсів охорони здоров'я змушує виробляти деякі засади розміщення цих ресурсів. До найважливіших завдань регулювання соціальних процесів нині ставляться проблеми пошуку шляхів і механізмів підвищення економічної ефективності охорони здоров'я.

Прийняття рішень щодо розподілу може здійснюватися різних рівнях — від урядового рівня до рівня особистості. З точки зору ефективності витрат у системі охорони здоров'я можна виділити: ресурси, що розподіляються на макроекономічному рівні (території країни, суб'єкта держави та рівні місцевого самоврядування), та ресурси, які функціонують на мікрорівні (конкретного лікувального закладу). На кожному з цих рівнів неминуче виникає потреба раціонального розподілу ресурсів.

Завдання держави – забезпечити акумуляцію та цілеспрямований розподіл грошей на медицину, щоб якісні первинні та високотехнологічні медичні послуги були доступні всьому населенню країни, незалежно від рівня доходів. Ринок покликаний ефективно використати ці гроші

Треба розуміти, що охорона здоров'я – це не просто мережа медичних закладів. Це складний, багатофункціональний пласт суспільного життя, де реалізуються інтереси практично кожного громадянина: і тих, хто приходить лікуватися і тих, хто безпосередньо займається лікуванням, органів управління, органів державної влади, і працівників величезної інфраструктурної мережі, що обслуговує цю галузь. Тому будь-які перетворення у системі фінансування охорони здоров'я насамперед торкаються інтересів практично всього громадянського суспільства. Ці інтереси які завжди збігаються, навпаки дуже часто вони суперечать одне одному. Від позицій та дій усіх учасників взаємовідносин у сфері охорони

здоров'я, від ефективності та позитивності їхньої взаємодії один з одним залежатиме результативність перетворень та подальший хід реформ у охороні здоров'я.

Треба чітко собі переставляти, що держава не може розрахувати всі реальні потреби населення у видах та обсягах медичної допомоги, що зберігає життя та здоров'я людини, визначити, скільки та яких медичних послуг потрібне суспільству. Це свідомо нереальне завдання та її декларація – це, по суті, розмивання цілей реформи охорони здоров'я. Можливості споживання медичних послуг не диктуються державою, а формуються у надрах господарського механізму медичних установ.

Єдине, що може зробити державний апарат – це сказати суспільству, що в межах фінансових ресурсів, що є у його розпорядженні, воно здатне надати населенню визначений обсяг найнеобхіднішої допомоги.

Між поняттям «справедливості» та реальною можливістю споживання медичних послуг, заснованої на об'єктивних розрахунках ефективності використання ресурсів велика дистанція і щоб пройти її слід насамперед позбавитися цілого ряду ілюзій, і по відношенню до стану системи охорони здоров'я в Україні, і по відношенню до розуміння реальних умов, можливостей та механізмів її реформування.

Усі ці поняття мають лягати основою системи методології якості медичних послуг у галузі охорони здоров'я України. З цих позицій галузь охорони здоров'я є величезною інерційною структурою, вдосконалення якої, як правило, розтягується на роки та десятиліття. Саме тому вирішення стратегічних питань, що визначають номенклатуру спеціальностей, методи та форми підготовки фахівців, сертифікації та ліцензування лікарняних закладів систему забезпечення якості, має бути безпомилковим, тобто, з одного боку, відповідати умовам, що склалися, з іншого боку, — відповідати завданням формування ефективної структури надання медичної допомоги населенню. Тим більше, що на економічній карті України немає двох однакових, або хоча б схожих регіонів за щільністю населення, розвитку транспорту,

промисловості, соціальної інфраструктури, отже, кожен із значної кількості різноманітності територій вимагає розробки моделі надання медичної допомоги, яка найбільш ефективною і відповідає потребам населення даного суб'єкта за ціновими та якісними характеристиками.

2. Масштабна реструктуризація системи охорони здоров'я, яка потрібна для суттєвого підвищення ефективності державного фінансування охорони здоров'я, пов'язана зі значними політичними ризиками для органів влади всіх рівнів. Але, не побудувавши цілісну економічну політику і не направивши її в русло компромісу суспільних інтересів, не розплутавши клубок економічних інтересів, ми можемо виявитися заручниками непродуманих рішень, не вбудованих в реальні процеси або суперечать кінцевим цілям реформи, і в результаті упустити можливість своєчасного використання наявної суспільної згоди у необхідності реформування охорони здоров'я.

Необхідно чітко уявляти, що кожен із рівнів системи охорони здоров'я виконує свої функціональні завдання і в рамках цих завдань формує власні цілі та механізми вирішення цього завдання. Отже, аналізуючи проблеми ефективності витрат в системі охорони здоров'я слід розуміти, що державні витрати на охорону здоров'я та витрати господарюючого суб'єкта мають не ізольовані, але достатньо самостійні механізми їх формування, використання і, отже, методики оцінки їх ефективності.

Одним із основних завдань в галузі медицини є підвищення якості медичних послуг та забезпечення їхньої доступності. Не випадково основним завданням управління якістю в СОЗ є розробка та впровадження єдиної стратегії безперервного підвищення якості послуг галузі охорони здоров'я країни відповідно до міжнародних стандартів.

Незалежно від характеру забезпечення якості, найважливішими та неодмінними питаннями реформування системи охорони здоров'я є реалізація наступних моментів: визначення проблем та пріоритетів надання медичної допомоги; формування специфічних для галузі аналізу проблем критеріїв якості (встановлення стандартів) та визначення мети;

ретроспективний та поточний аналіз ситуації, медичних документів та збір інформації; аналіз встановлених проблем та підготовка рекомендацій для прийняття рішень; впровадження рекомендацій практично; оцінка досягнутих результатів. Під забезпеченням якості ми розуміємо медичні заходи, створені задля досягнення заданого рівня якості.

3. Стан кадрових ресурсів системи охорони здоров'я характеризується непропорційністю забезпечення лікарським і сестринським персоналом, незбалансованістю їх підготовки, серйозними проблемами в наданні лікарської допомоги сільському населенню, відсутністю, у ряді випадків, необхідної кваліфікації кадрів, а також - регіональною незбалансованістю в розподілі ресурсів. Виявлені закономірності дозволяють вважати за необхідне - безперервне вдосконалення управління кадровими ресурсами, здійснення коригувальних дій з економічного планування та прогнозування чисельності медичного персоналу зі зменшенням деформацій у балансі між лікарями широкої практики послуг та фахівцями, що дозволить підвищити доступність послуг охорони здоров'я, зберегти здоров'я населення України.

Основні заходи які пов'язані з підготовкою кадрів, які здійснюються на основі принципів стратегії та політики розвитку системи охорони здоров'я та освіти загалом, передбачають: удосконалення управління підготовкою медичних кадрів, оптимізацію мережі медичних освітніх закладів, розробку та створення ефективних навчальних програм, інноваційність ведення навчально-педагогічного процесу.

Ситуація, що склалася, вказує що дозріла необхідність відповідності якісно новому рівню медичного персоналу диктує доцільність подальшого розвитку системи управління кадровим потенціалом на основі трансформації процесуальних підходів до проведення сертифікації, атестації медичних кадрів, ліцензування, удосконалення критеріїв, змісту, термінів і результатів їх виконання. Для цього необхідне зміцнення кадрової служби охорони здоров'я відповідно до сучасних умов, розширення її функцій та організаційно-аналітичної спрямованості та самостійності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я / Н. В. Авраменко // Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. – Х. : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. – С. 320-322.
2. Артамонова Н. О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності / Н. О. Артамонова // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія : наук. журн. – 2009. – № 3. – С. 56-66.
3. Агтаєва Л.Ж., Сибуріна Т.А. Підвищення ефективності управління охороною здоров'я на підставі використання сучасних персонал – технологій // Медицина. Вісник .2009.№1.С.25-29.
4. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я / Л. Бернс [Електронний ресурс]. <http://www.management.com.ua/interview/int021.html>.
5. Білінська М., Попченко Т. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. 2017. № 11 (79). С. 69 – 73.
6. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2011. – № 720. – С. 357-364. 52
7. Габуєва Л. А., Зіміна Е. В. Оплата праці персоналу медичних організацій. Ефективний договір. Навчально-методичний посібник. - М.: Проспект, 2015. - 296 с.
8. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. Постанова КМУ від 29 грудня 2021 року URL:



<https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-programi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvanny>

9. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиша ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

10. Дружиніна І. В. Інформаційні технології у професійній діяльності середніх медичних працівників. Навчальний посібник. - СПб.: Лань, 2017. - 112 с.

11. Загорський В.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія/ 2010 - 276с.

12. Інформація про соціально-економічну трансформацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-prosocialnoekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>

13. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. № 1(20) 2015. URL:<http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

14. Карпова Ю. А. Розвиток інноваційних механізмів програмно-цільового планування державної політики у сфері охорони здоров'я. - М.: Дашков та К, 2016. - 248 с.

15. Кармишев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я України / Д. В. Кармишев, Н. М. Федак // Теорія та практика державного управління. – 2011. – № 3 (34). – С. 1-7.

16. Кармишев Д.В. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проектів у системі охорони здоров'я / Д.В. Кармишев, А.С. Немченко // Економіка та держава. – 2006. – №2. – С. 86-88

17. Кібанов А.Я. Основи управління персоналом: Підручник. – М.: ИНФРА-М, 2006. - 239с

18. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: прийнята в листопаді 2016 року.
19. Конституція України 28 червня 1996 року Закон України № 254/96-ВР URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>
20. Кравченко Н.Ю. Кадрова політика та її сучасні цінності.: МОЗ, 2000.
21. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Вип. 2(29). С. 143–146.
22. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. / Латишев Є.Є. // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 1 (87). – С. 109 – 115.
23. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: укр. вимір/В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко. – К., 2009. – С. 17.
24. Марценюк В. А. Управління людськими ресурсами у медичній організації. Навчальний посібник. - М.: Юрайт, 2017. - 142 с.
25. Медична освіта в світі та в Україні: додипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій та ін. – К. : Книга плюс, 2015. – 385 с.
26. Мещерякова Л. А., Кошель В. І., Мажаров В. Н. Медичні витрати та ціноутворення. Підручник - М.: Геотар-Медіа, 2018. - 336 с.
27. Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL: <http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/>
28. Методи управління: сутність, різновиди, взаємозв'язок функцій та методів URL: <https://osvita.ua/vnz/reports/management/13806/>
29. Москаленко М.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія / М.Ф.Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
30. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

31. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. Демографія та соціальна економіка. – 2016. – № 1/2006. – С. 173 – 179.
32. Норберт Том Тенденції та перспективи розвитку управління персоналом. URL: <http://www.hrinform.ru/articles/tphr.shtml>
33. Одегов Ю. Г., Карташов С. А., Лабаджян М. Г. Кадрова політика та кадрове планування. Підручник та практикум. У 2 частинах. Частина 2. - М.: Юрайт, 2017. - 284 с.
34. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України: прийнятий 19.11.1992 року №2801-12
35. Основи менеджменту: навчальний посібник / І.О. Щебликіна, Д.В. Грибова – Мелітополь: Видавничий будинок Мелітопольської міської друкарні, 2015. – 480 с.
36. Пак С. Розвиток організаційно-правових засад державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні /Степан Пак, Іван Солоненко// Вісник. НАДУ. – 2011. – № 1. – С. 243.
37. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): інформаційна довідка: Європ. Інфор.-дослід. центр. Програма USAID «Рада: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво», Фонд «Східна Європа». URL: [http:// euinfocenter. rada. gov. ua/uploads/documents/29185. Pdf](http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.Pdf)
38. Пашков В.Д. Державна політика щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я / В. Пашков // Аптека. – 2006. – №37(558). – Режимдоступу: <http://www.apteka.ua/article/3647>
39. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. Актуальні проблеми державного управління, 2021. Том 1 №82 (2021)

40. Про засади державної політики охорони здоров'я. Проект Закону України від 17 липня 2015 року, реєстр. № 2409: URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?id=&pf3511=56118](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=56118)

41. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 серпня 2011 року № 454 : URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ13923.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ13923.html)

42. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 вересня 2013 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>

43. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Textgov.ua/laws/show/>

44. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Textgov.ua/laws/show/26-19>

45. Про утворення Національної служби здоров'я України Закон України від 27 грудня 2017 року № 1101. Офіційний вісник України, 2018, № 15, ст.507, код акта 89110/2018.

46. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.

47. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://emergency.at.ua/publ/dlja\\_usikh/proekt\\_programi\\_ekonomichnikh\\_r](http://emergency.at.ua/publ/dlja_usikh/proekt_programi_ekonomichnikh_r)

48. Рафікова А. Р., Ганчарьонк И. И., Лосева І. І.. Професійне здоров'я керівника. Мн., 2009.

49. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я / Свінціцький А.С., Висоцька О.І. // Практикуючий лікар. - №1. - 2015 – Режимдоступу: [www.likar-praktik.kiev.ua](http://www.likar-praktik.kiev.ua)

50. Солоненко І.М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І.М. Солоненко, Н.Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2001. - № 3. – С. 34 – 38.

51. Снітко Є.О., Завгородня Є.Є. Менеджмент: підручник. – Старобільськ: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2018. – 281 с.

52. Тітова А. Формування професійної компетентності майбутніх сімейних лікарів із використанням ВЕБ-технологій: дисертація. д-а філос Полтава, 2020.

53. Тульчинський Т.Г., Варавікова Е.А. (1999) Нова система охорони здоров'я: введення до сучасної науки. Amutah for education and Health, Іерусалім, 1049 с.

54. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони з'доров'я 2016-2019 - спільний звіт ВООЗ та світового банку.

55. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях // Становлення і розвиток української державності. – К. : ДП «Видавн. дім «Персонал», 2009. – Вип. 3. – С. 63–70.

56. Швець Ю.Ю. Реалізація особою конституційного права на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження. Дис. «...» к.ю.н., Ужгород, 2019

57. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 200. – P. 409 - 412.

58. <https://www.vz.kiev.ua/menedzhment-v-oxoroni-zdorovyua-potreba-ye-popitu-nemaє/>

59. <http://www.managerhelp.org/hoks-569-1.html>

**Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я**

<b>Компоненти якості</b>	<b>Приклади критеріїв якості</b>
Спрямованість на пацієнта	<p>1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством.</p> <p>1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності.</p> <p>1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.</p>
Результативність	<p>2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні.</p> <p>2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.</p> <p>2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності.</p> <p>2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.</p>
Безпека	<p>3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.</p> <p>3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами.</p>
Доступність	<p>4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів.</p> <p>4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення.</p> <p>4.3. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних</p>

	<p>медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів.</p> <p>4.4. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню.</p>
Економічна ефективність	<p>5.1. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів.</p> <p>5.2. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів.</p> <p>5.2. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.</p>
Своєчасність	<p>6.1. Визначені і дотримуються тривалість очікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами;</li> <li>– планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами;</li> <li>– планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами;</li> <li>– результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень.</li> </ul> <p>6.2. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах.</p> <p>6.3. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.</p>



На **соціальний захист та соцабезпечення** у бюджеті передбачили 323,9 млрд грн, це 21,6% від загальної суми видатків. Сюди входить соцзахист пенсіонерів, ветеранів, сімей, дітей, молоді, безробітних та інших категорій населення, допомога у вирішенні житлового питання.

Розмір **субвенції місцевим бюджетам** на 2022 рік склав 193,6 млрд грн. Це 12,9% усіх витрат, що можна порівняти з видатками на **охорону здоров'я** – на цю галузь у бюджеті заклали 193,5 млрд.

Витрати на медицину включають фінансування стоматології, Центрів екстреної медичної допомоги, фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарень, центрів первинної медичної, перинатальних центрів тощо.

12,1% усіх витрат становить **обслуговування державного боргу** – на 2022 рік на це виділили 181,4 млрд грн.

Видатки на **оборону** наступного року становитимуть 136 млрд грн (9,1% від усіх видатків у бюджеті).



На економіку, промисловість, сільське господарство та інфраструктуру в держбюджеті заклали 128,5 млрд грн (8,6% від усіх видатків). На громадський порядок та безпеку виділять 126,9 млрд грн (8,5%): це, зокрема, боротьба зі злочинністю, охорона кордону, протипожежний захист, кримінально-виконавча система.

Видатки на освіту становитимуть 71,4 млрд грн (4,8%); на функціонування держапарату, проведення виборів та референдумів – 61,8 млрд грн (4,1%); на судову владу – 50,9 млрд грн (3,4%); на культуру, мистецтво, спорт та інформаційну політику – 21 млрд грн (1,4%); на охорону довкілля – 9,4 млрд грн (0,6%); на житлово-комунальне господарство – 1,2 млрд грн (0,1%).