

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Грузіна Романа Петровича

академічної групи 281м-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення системи менеджменту у сфері охорони
здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Чикаренко І.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я».

84 с., 3 рис., 3 табл., 51 використане джерело, додатки.

ДЕРЖАВНА КАДРОВА ПОЛІТИКА У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МІСЬКІ ЦІЛЬОВІ ПРОГРАМИ, ОСВІТНІ ПРОГРАМИ, УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.

Об'єктом дослідження є розвиток систем охорони здоров'я в Україні та світі.

Предметом дослідження є процеси удосконалення вітчизняної системи менеджменту у сфері охорони здоров'я.

Метою дослідження є аналіз європейського досвіду функціонування систем охорони здоров'я і реалізації державної кадрової політики у цій сфері задля підвищення ефективності діяльності медичних закладів та надання якісних медичних послуг у повоєнний період.

У магістерській роботі досліджено історичні та організаційно-управлінські засади розвитку системи охорони здоров'я в Україні та світі; визначено основні цілі та проблеми організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи; проаналізовано державну кадрову політику під час реформування галузі охорони здоров'я; охарактеризовано роль навчання на управлінських спеціальностях керівників-менеджерів закладів охорони здоров'я; запропоновано шляхи вдосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я.

Отримані результати дослідження спрямовані на удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, зокрема, шляхом проходження медичними працівниками вищого та середнього рівня навчання на управлінських спеціальностях задля отримання управлінських компетентностей та практичних навичок імплементації європейських принципів та цінностей у професійну управлінську діяльність.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
ЕВОЛЮЦІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	8
1.1. Організація та управління у сфері охорони здоров'я України: історична ретроспектива	8
1.2. Досвід європейських країн щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я	17
РОЗДІЛ 2	
МОДЕРНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	27
2.1. Менеджмент закладів охорони здоров'я та проблеми управління їх діяльністю у повоєнний період	26
2.2. Кадрова політика держави як один із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я	32
2.3. Навчання менеджерів медичних закладів на управлінських спеціальностях як пріоритет кадрової політики у сфері охорони здоров'я... ..	40
РОЗДІЛ 3	
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КП «ВІЛЬНОГІРСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ВІЛЬНОГІРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)	49
3.1. Реорганізація Вільногірського закладу охорони здоров'я як складова медичної реформи	49
3.2. Роль міських цільових програм у підвищенні якості надання медичних послуг Вільногірській громаді	55
3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я у повоєнний період	61
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	92

ВСТУП

Сьогодні Україна потерпає від російської агресії. Через війну ще на початку березня 2022 р. Міністерство охорони здоров'я України змінило підхід до фінансування системи охорони здоров'я, яка завжди була однією із найбільш важливих сфер діяльності держави, ключовим елементом її національної безпеки, необхідною складовою державної політики у галузі охорони здоров'я. Це дозволило утримати систему в критичний момент, забезпечити оплату праці медичним працівникам та безперебійну роботу лікарень, навантаження на які зросло у десятки, сотні разів саме у воєнний період.

Саме тому, удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, навіть в умовах війни, та особливо в повоєнний період, є надзвичайно важливим питанням. Намагання переглянути принципи функціонування системи охорони здоров'я чи окремих її складових під час реформування медичної галузі в цілому є одним із найактуальніших питань у багатьох країнах світу. І Україна не є винятком в контексті необхідності вирішення цих питань.

Дискусії щодо формування ефективної системи охорони здоров'я в Україні, модернізації системи менеджменту охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи вже багато років тривають як серед науковців, так і серед практиків. Ці дискусії почалися ще з часів здобуття Україною незалежності, і кожного разу загострювалися саме у передвиборчий період. Разом з тим, вони є не завжди зрозумілими і прийнятними не тільки у політичному середовищі, а й серед населення та самих медичних працівників.

Протягом останніх років Україна намагалася вирішити різноманітні проблеми у сфері охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівні. Суттєво вплинули на соціально-економічний розвиток країни політичні події (розпочата в 2014 р. війна на Донбасі, невдоволення населення політикою Уряду тощо), демографічні зміни, які позначилися на структурі

захворювань і структурі населення, що обумовлено збільшенням кількості осіб похилого віку (60-70 років), поширення інфекційних та неінфекційних захворювань, алкогольної та наркотичної залежності, що також спричинило зниження показника середньої тривалості життя в Україні до надзвичайно низького рівня, інші негативні фактори.

Слід ураховувати також те, що в останні 3 роки, ще до початку війни в Україні, ситуація стала ще гірше, що пов'язано, зокрема, з пандемією Covid 2019. Вже тоді Уряд визнав національну систему охорони здоров'я недостатньо ефективною, проте розпочата реформа поки ще не дала свої результати у повному обсязі. І досі не вдалося побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я, не є досконалим і сам менеджмент у цій галузі.

На наш погляд, так відбувається, зокрема, через те, що керівникам медичних закладів вищого та середнього рівня бракує спеціальних управлінських знань та навиків управлінської діяльності. Отримання таких управлінських компетентностей, зокрема, через навчання вищого медичного персоналу на управлінських спеціальностях, сприяє підвищенню ефективності менеджменту закладів охорони здоров'я, і є запорукою надання якісних медичних послуг населенню. Ефективний менеджмент у сфері охорони здоров'я забезпечує розвиток медичних закладів та розвиток системи охорони здоров'я у цілому.

Отже, проблемою магістерського дослідження є потреба в таких керівниках медичних закладів, які здатні ефективно працювати не тільки у мирний час, а й в умовах війни та у повоєнний період. Для цього їм потрібні ґрунтовні управлінські знання та навички, зокрема, у сфері технологій менеджменту ресурсів, у тому числі людських; новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проектного управління, а також управління якістю, ризиками, часом, комунікаціями; володіння методами моніторингу, діагностики та оцінювання якості надання медичних послуг; прийняття збалансованих управлінських рішень.

Для визначення шляхів розв'язання даної проблеми сформулюємо об'єкт, предмет, основну мету та завдання даної магістерської роботи.

Об'єктом дослідження є розвиток систем охорони здоров'я в Україні та світі.

Предметом дослідження є процеси удосконалення вітчизняної системи менеджменту у сфері охорони здоров'я.

Метою дослідження є аналіз європейського досвіду функціонування систем охорони здоров'я і реалізації державної кадрової політики у цій сфері задля підвищення ефективності діяльності медичних закладів та надання якісних медичних послуг у повоєнний період.

Для досягнення мети у роботі визначено наступні завдання дослідження:

- дослідити еволюцію та організаційно-управлінські засади розвитку системи охорони здоров'я в Україні та світі;
- проаналізувати досвід організації систем охорони здоров'я в провідних європейських країнах;
- визначити основні цілі та проблеми організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах сучасної медичної реформи та їх роль у модернізації менеджменту системи охорони здоров'я в цілому;
- проаналізувати державну кадрову політику під час реформування галузі охорони здоров'я;
- охарактеризувати роль навчання керівників-менеджерів закладів охорони здоров'я на управлінських спеціальностях;
- на прикладі комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області проаналізувати важливість реорганізації закладу охорони здоров'я у контексті реалізації медичної реформи та роль міських цільових програм у підвищенні якості надання медичних послуг громаді;
- запропонувати шляхи вдосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я та підготувати відповідні пропозиції.

У процесі роботи використано методи теоретичного й емпіричного дослідження, основними з яких є методи системного аналізу та синтезу (історичний, індукція та дедукція, порівняння та аналогія, класифікація тощо). Історичний метод та індуктивну логіку застосовано при дослідженні процесів еволюції й становлення систем охорони здоров'я в Україні та світі. Методи аналізу та синтезу використано під час визначення євроінтеграційних орієнтирів та принципів формування системи охорони здоров'я в Україні, факторів й передумов створення належного менеджменту у сфері охорони здоров'я; вивчення світового та вітчизняного досвіду й кращих практик організації та управління охороною здоров'я.

Метод порівняння та аналогії використано під час аналізу освітніх програм, що навчають менеджерів охорони здоров'я у галузях знань 28 «Публічне управління та адміністрування» та 07 «Управління та адміністрування».

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони спрямовані на удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, зокрема, шляхом проходження медичними працівниками вищого та середнього рівня навчання на управлінських спеціальностях.

РОЗДІЛ 1

ЕВОЛЮЦІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

1.1. Організація та управління у сфері охорони здоров'я України: історична ретроспектива

Сьогодні Україна потерпає від російської агресії. Через війну ще на початку березня 2022 р. Міністерство охорони здоров'я України змінило підхід до фінансування системи охорони здоров'я, яка завжди була однією із найбільш важливих сфер діяльності держави, ключовим елементом її національної безпеки, необхідною складовою державної політики у галузі охорони здоров'я. Це дозволило утримати систему в критичний момент, забезпечити оплату праці медичним працівникам та безперебійну роботу лікарень, навантаження на які зросло у десятки, сотні разів саме у воєнний період [38].

Саме тому, удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, навіть в умовах війни, та особливо в повоєнний період, є надзвичайно важливим питанням. Намагання переглянути принципи функціонування системи охорони здоров'я чи окремих її складових під час реформування медичної галузі в цілому є одним із найактуальніших питань у багатьох країнах світу. І Україна не є винятком в контексті необхідності вирішення цих питань.

В історичній ретроспективі значення сфери охорони здоров'я як ефективного чинника внутрішньої політики суспільства підвищується на тлі формування перших держав – вже там встановлюються гігієнічні та протиепідемічні правила, робляться спроби регламентувати лікувальну допомогу. Зазначені правила передбачали ізоляцію хворих на епідемічні хвороби; контроль за кваліфікацією лікарів і охорону їх прав щодо

лікувальної практики; встановлення відповідальності за незаконне лікування, лікарські помилки тощо [1].

Археологічні дослідження свідчать, що в первісному суспільстві поряд з поданням допомоги при нещасних випадках, пораненнях, пологах здійснювалися також заходи збереження здоров'я. Особлива увага приділялася тим членам племені, від фізичної сили яких залежали успіх на полюванні та перемога у боротьбі з ворожими племенами. Медична діяльність входила в обов'язки жінок, які мали підтримувати чистоту у приміщенні, пильнувати за дотриманням гігієнічних ритуалів членами племені, подавати медичну допомогу, збирати лікарські рослини.

З ускладненням форм господарської діяльності, класовим розмежуванням, виникненням та розвитком релігії гігієнічні ритуали поступово набрали характеру священнодійств. Обов'язок їх збереження і розвитку перебрали на себе старійшини роду, які започаткували жрецьку касту, що володіла мистецтвом зцілення від хвороб та продовження життя.

Археологічні знахідки засвідчують, що народи, які мешкали на території сучасної України в давнину, мали певні медичні знання. Наприклад, скіфські лікарі знали ефективні хірургічні прийоми, техніку видалення зубів. При розкопках знайдено черепи з трепанованими отворами, інструменти, які можна було використовувати для складних хірургічних втручань. Такі знахідки засвідчують високий рівень розвитку медичного мистецтва у скіфів та давніх слов'ян. Окремі скіфи здійснювали медичну практику, були обізнані з медициною античних греків і застосовували знання, здобуті безпосередньо в Афінах [1].

Історія свідчить, що ще за часів Київської Русі склалася система підготовки не тільки власних лікарів, а й залучення іноземних фахівців. Медичну допомогу подавали світські лікарі-емпірики, а також лікарі-священики, які обслуговували хворих та інвалідів у спеціальних притулках при монастирях та великих церквах. При княжих дворах практикували не

тільки місцеві лікарі, а й іноземні фахівці. Було створено кілька закладів для стаціонарної медичної допомоги. Наприклад, княгиня Ольга організувала лікарню, де хворих обслуговував жіночий персонал.

Автор праці [1] розкриває історичні витоки зародження системи охорони здоров'я в Україні. Так, як він пише, ще у X ст. у Київській Русі закладалися монастирі з усіма благодійними функціями раннього християнства-лікування, піклування про вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Особливу роль при цьому відіграла Києво-Печерський монастир, що особливо відзначився в лікувальному мистецтві. Серед ченців цього монастиря були лікувальники, які працювали в лікарні при монастирі й подавали терапевтичну, хірургічну та психоневрологічну допомогу. Преподобний Антоній (походженням з Чернігівщини) на ознаку вдячності за зцілення отримав від київського князя Ізяслава в подарунок гору над печерами і заснував на ній Печерський монастир (1051 р.), який згодом було названо Києво-Печерським. Саме Антоній привіз до Києва знання, ліки, спеціальну літературу з грецької гори Афон. Він же започаткував систему подання першої медичної допомоги [1].

Справу Антонія продовжив Агапіт Печерський (історії відомо тільки рік його поховання – 1095 р.), який заснував першу терапевтичну школу на Русі. Він молитвою і зіллям лікував внутрішні захворювання, врятував життя багатьом людям.

Медичну допомогу Агапіт Печерський надавав всім людям безкоштовно – і багатим, і бідним. У праці [1] описано епізод, коли Агапіту було запропоновано поїхати до Чернігова до тяжкохворого князя Володимира Мономаха. Агапіт, який поклявся ніколи не залишати монастир, передав князю цілющі відвари трав з настановами щодо їх застосування. Князь видужав і надіслав лікарю на знак подяки золоті дари, які Агапіт попросив роздати жебракам біля монастирської брами.

Агапіт мав власну «школу», його поради дотримувалась більшість печерських ченців, а також онучка князя Володимира Мономаха добродія Євпраксія Мстиславна – перша жінка-лікар в історії Русі-України. Вона вивчала народну медицину і допомагала хворим. Її трактат «Мазі», що складався з п'яти розділів, є визнаною науковою працею тих часів.

Рукопис трактату було знайдено тільки у XIX ст. у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медичі [6].

Ченці Києво-Печерського монастиря, здобувши досвід лікування, йшли до сусідніх земель, засновували нові монастирі, відтак поширюючи медичні знання. Так виникла монастирська медицина.

На відміну від західноєвропейських країн, Київська держава не стояла осторонь церковної благодійності. Статут Великого князя Володимира (996 р.) поклав на церкву піклування про вдів, сиріт, старих, хворих, а також підпорядкував церквам лазні, лікарні та лікарів. Відповідно до церковного статуту того часу лікарі були вільними людьми, на яких не поширювалися цивільні закони та юрисдикції світської влади [1].

«Руська правда» (1096 р.) Ярослава Мудрого закріпила вплив церкви в галузі охорони здоров'я. Церквам доручається будівництво лазень та лікарень, безоплатне подання медичної допомоги, а також функції громадського піклування. Фінансове забезпечення цієї діяльності здійснюється шляхом запровадження спеціального мита – десятини на користь бідних, сиріт та хворих.

Церква в Київській Русі, що була важливим елементом державного апарату, з огляду на діяльність у галузі охорони здоров'я та громадського піклування, фактично стає державним інститутом та виразником внутрішньої політики держави. Медична допомога в церквах та монастирях подається



Рис. 1.1. Добродія Євпраксія Мстиславівна [6]

«підлому люду», а князі та їх дружини користуються послугами світських лікарів, у тому числі й іноземних. У літописі «Повість временних літ» описується санітарне очищення населених міст та поля бою, поховання померлих під час епідемій [32]. Цей літопис був створений на поч. XII ст., і ліг в основу всього наступного літописання. Пам'ятка одержала назву за початковими словами древнього заголовку, який (із деякими змінами) читається в гол. списках літопису: Лаврентіївському та Іпатіївському [32].

У цей період особливо поширюється народна медицина. Вона мала навіть своєрідну спеціалізацію: з-поміж народних лікарів були травники, костоправи, зубоволоки та ін. Усіх їх багато століть називали знахарями.

Особливе значення в історії нашої держави має Західна Україна, 600-річне перебування якої під владою інших країн істотно позначилося на розвитку цього краю і медицини зокрема. Ці землі мають власне багате історико-медичне минуле. Саме тут з'явилися перші на території сучасної суверенної України вищі навчальні заклади, де вивчали медицину: академії Острозька (1578 р.) та Замойська (1593 р.), найстаріший в Україні медичний факультет Львівського університету (1661 р.) [1].

Лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали велику роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної справи. Вони добре знали свою справу, тому інші держави залучали їх для розбудови своїх державних організацій, зокрема медичних шкіл.

Серед українських дипломованих лікарів, які поряд з медичною практикою успішно займалися науковою діяльністю, був перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450-1494). У 1481/82 навчальному році він був обраний ректором Болонського університету. Ця посада вважалась однією з найпрестижніших у Болонії. Ректор не тільки пильнував за дотриманням університетських статутів, контролював працю професорів, розподіляв лекції та організовував диспути, а й був суддею у кримінальних та цивільних справах для всіх представників університету. У наукових працях Ю. Дрогобич-Котермак не

тільки застерігав від спалахів епідемій, а й вважав, що з епідемічними захворюваннями слід боротися [1; 4].

Юрій Дрогобич-Котермак був також професором Краківського університету, одним із вчителів Коперніка. Як лікар-практик він мав великий авторитет серед краківських професорів. Його неодноразово запрошували до Васельського замку на консилиуми до хворого короля Казимира IV, після чого Ю. Дрогобич-Котермак дістав титул королівського лікаря [4].

У той час в Україні, зокрема в Києві, Львові та Луцьку, існували великі цехи-об'єднання цирульників. У них майстри-цирульники навчали учнів не тільки мистецтву гоління, а й певним методам лікування. Львівські та Київські цехи цирульників мали власні статuti. У статuti кийвського цеху цирульників, зокрема, зазначалося: «Майстерність цирульницька полягає в тому, щоби голити, кров жильну і зашкірну пускати, рани гоїти рубані, пробиті та стріляні, а особливо виривати зуба та лікувати французьку і шолудну хвороби, ставити крастери та шліфувати бритви» [1]. Важливу роль відігравали цирульники під час воєн, подаючи допомогу пораненим на полі бою. Цим вони досягли визнання, незважаючи на те, що дипломовані лікарі їхню діяльність вважали непрофесійною.

Вагомий внесок у розвиток організації охорони здоров'я зробив митрополит Петро Могила (1596-1647). Він був відомим діячем православної церкви та просвіти, заснував Києво-Могилянську академію (1633 р.), де здійснювалось і медичне навчання. В академії багато уваги приділялося дотриманню правил гігієни, про що були відповідні вказівки у статuti цього навчального закладу.

Починаючи з 1754 р. найбільш необхідних молодих лікарів Російської імперії посилали до університетів Європи для подальшого вдосконалення. Усі вони були українцями. Як зазначалося у праці [1], у ті часи навіть була поширена думка, що медицина є «національною схильністю українського народу».

Завдяки ґрунтовному вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі створилася самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти. Для неї були характерні такі особливості [1]:

- широка й різнобічна програма теоретичного навчання;
- клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін (так зване «виховання лікаря біля ліжка хворого»);
- володіння студентами водночас терапією і хірургією (студенти медичних вищих навчальних закладів Європи на той час хірургію не вивчали).

Прийнятий у 1912 р. Державною думою Закон про соціальне страхування на випадок хвороби ввів поняття лікарняних кас, визначив їх статус у суспільстві як організаційних осередків для роботи лікарів за страховим принципом. Відповідно до затвердженого в Україні Положення про страхування джерелами фінансування системи медичного страхування, що відбувалося за допомогою лікарняних кас, були переважно фонди соціального страхування. Кошти формувались із внесків промисловців та робітників – членів лікарняних кас у відношенні 40:60 [1].

На початку Першої світової війни в Катеринославській губернії, яка була утворена 8 жовтня 1802 р. шляхом виділення із Новоросійської губернії з центром у м. Єкатеринославі (зараз – м. Дніпро), функціонувало вже 135 лікарняних кас, проте загалом соціальним страхуванням в Україні було охоплено лише 2 % загальної чисельності населення [8].

В Україні існували два типи лікарняних кас – заводські та об'єднані. Заводські виплачували допомогу у встановлених випадках, подавали безкоштовну медичну допомогу постраждалим робітничим сім'ям. У 1913 р. до статуту лікарняних кас уряд вніс поправку, згідно з якою лікарняні каси діставали право організувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Відносини «лікарняні каси – лікарня» розвивалися за такими двома формами, як залучення фахівців до роботи в лікарняних касах і зарахування лікарів на постійну роботу [1].

Лікарняні каси створювались не тільки у промислових містах, а й в окремих повітах. Позаяк кількість лікарняних кас в Україні постійно збільшувалася, найдрібніші з них об'єднувалися з дрібними, що сприяло утвердженню ефективної медичної допомоги населенню та зменшенню залежності від підприємця. Об'єднані каси мали більше коштів і подавали кваліфікованішу амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, влаштовували невідкладну медичну допомогу вночі, цілодобове чергування медичного персоналу тощо. Одним із найважливіших напрямів діяльності лікарняних кас стало подання медичної допомоги хворим на туберкульоз, включаючи їх санаторне лікування.

Загалом у дореволюційний період в Україні було створено систему страхової медицини і медичного страхування з витокami з фабрично-заводської медицини. Після жовтневого перевороту в 1917 р. за короткий період вона зазнала і розквіту, і занепаду [1].

Одразу після проголошення самостійності (18 січня 1918 р.) галуззю охорони здоров'я відповідно до законів, які ще діяли на той час, опікувалося Міністерство внутрішніх справ.

За часів, коли уряд очолювали В. Винниченко (1880-1951) та В. Голубович (1885-1939), функціонували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883-1944), який ще в 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні, та Євмен Лукасевич (1871-1929) – один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету [1].

Міністерство здоров'я та соціальної опіки було створено ще за правління гетьмана П. Скоропадського (1873-1945) у травні 1918 р. Перший його міністр Всеволод Любинський обіймав цю посаду до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Невдовзі після створення Міністерства здоров'я та соціальної опіки почав видаватись українською мовою «Вісник Міністерства народного здоров'я».

Під час свого функціонування Міністерство здоров'я та соціальної опіки організувало подання медичної допомоги цивільному населенню та забезпечувало спільно з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту. Окрім того воно допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації співвітчизників. Спільно з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських емігрантів із західних країн та Далекого Сходу і, зрештою, співпрацювало з Міністерством торгівлі щодо придбання з-за кордону лікувальних матеріалів для України.

У той період, ще за часів радянської влади, в Україні було сформовано систему державного (бюджетного) фінансування, що сприяла поліпшенню лікувально-профілактичної допомоги та санітарно-гігієнічного забезпечення великих промислових центрів, розширенню мережі медичних закладів у сільській місцевості.

Перед системою охорони здоров'я було поставлено й економічні завдання [1]:

- організація ефективної медичної допомоги як чинника підвищення продуктивності праці;
- зменшення витрат робочого часу через непрацездатність;
- підвищення ролі планування в управлінні охороною здоров'я.

В організації медичної допомоги робітникам провідну роль повинні були відігравати пункти здоров'я, на медичний персонал яких покладалося не тільки подання першої медичної допомоги, а й вжиття профілактичних заходів. Важливим методом лікувально-профілактичної допомоги населенню стала диспансеризація. Система організації охорони здоров'я мала й певні недоліки, зокрема недостатню мотивацію праці медичних працівників, що позначалося на ефективності та якості їх роботи з надання медичних послуг.

Отже, бачимо, що в Україні система охорони здоров'я існувала дуже давно, і вже за часів Київської Русі було створено кілька закладів для стаціонарної медичної допомоги, поступово склалися умови для підготовки лікарів у країні, залучалися до такої підготовки і іноземні фахівці.

1.2. Досвід європейських країн щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я

Охарактеризуємо досвід реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в провідних європейських країнах – Франції, Швейцарії, Швеції, Великобританії та Німеччині [1; 11; 16; 46; 47].

Найефективнішою системою охорони здоров'я, за висновками ВООЗ, є французька модель системи охорони здоров'я [11].

У Франції еволюція розвитку системи охорони здоров'я поділяється на три періоди. Перший – прийняття законів про впровадження соціальної страхової медицини (1928-1930 рр.). Закони встановлювали такі основні принципи подання медичної допомоги у країні, як вільний вибір лікаря та умови оплати лікарських послуг. Впровадження принципів ліберальної медицини зумовило розмежування інтересів лікарів та пацієнтів [1].

У другому періоді розвитку нормативно-правової бази було прийнято Кодекс медичної деонтології і переглянуто систему тарифів на медичні послуги. Унаслідок реформування галузі було запроваджено такі засади: обов'язковість дії лікарської таємниці; свобода лікувальних призначень; пряма угода між лікарем та пацієнтом щодо гонорару; пряма виплата гонорару лікареві.

Третій період розпочався в 1971 р. із прийняттям нового закону про медичне страхування, що затвердив відносини між страховими касами та лікарями. Цей закон закріпив такі основні принципи організації охорони здоров'я у країні [1]:

- забезпечення рівноправності та загальнодоступності медичної допомоги для всього населення;
- формування засобів соціального забезпечення з прибутків працівників та роботодавців;
- превентивна спрямованість галузі;

– дотримання рівноваги між державним та приватним секторами охорони здоров'я.

У Франції у 1991 р. було прийнято новий закон, що поклав початок реформування галузі. Згідно з цим законом було визначено два основних інструменти планування: модифіковану санітарну карту та регіональну схему організації охорони здоров'я в республіці. Ці документи визначають систему охорони громадського здоров'я: адміністративно-територіальний та географічний розподіл лікувальних закладів, організаційну структуру та види медичної допомоги.

Сучасна система охорони здоров'я Франції має централізований характер. Контролює діяльність системи охорони здоров'я Міністерство праці та соціального забезпечення. У країні запроваджено єдину страхову організацію – Національну лікарняну касу з величезною кількістю філіалів, розгалужених по всій території республіки. Філіали не конкурують з Національною лікарняною касою, яка регулює їх діяльність, а підпорядковуються їй [1].

Медичне страхування у Франції є частиною соціального страхування *Securite Sociale*. Усі працюючі отримують соціальну страховку з обов'язковим її атрибутом – страховою карткою *Carte Vitale*. Ця картка забезпечує кожному застрахованому та членам його родини безоплатний сервіс щодо медичного обслуговування. Якщо в родині працюють і чоловік, і жінка, то діти записуються до страхової картки одного з них.

Водночас із обов'язковим соціальним медичним страхуванням у Франції існує добровільне страхування. Дедалі більше французьких роботодавців включають цей вид медичного страхування до соціального пакету. Наявність добровільного страхування в соціальному пакеті компанії значно підвищує її статус.

Основна проблема організації охорони здоров'я Франції – великі темпи збільшення видатків на галузь (вони збільшуються швидше, ніж підвищується рівень загального добробуту в країні).

У Великобританії безкоштовне медичне обслуговування гарантується всім, хто має право на проживання в ній, незалежно від рівня доходів та громадянства [11]. Система охорони здоров'я базується на концепції NPSM (New Public Sector Management), основний принцип якої полягає у впровадженні спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я. Основні положення організації галузі охорони здоров'я на засадах NPSM представлено на рис. 1.2.

Концептуальною засадою стала зміна організаційної структури та фінансових потоків, зокрема, було максимально використано переваги існування у країні ринку медичних послуг зі збереженням контролю держави за якістю подання медичної допомоги. Основним механізмом було визначено розподіл функцій фінансування медичних закладів та безпосереднього подання медичної допомоги. Такий підхід зумовив виникнення внутрішніх «квазі-ринків» [1], що привнесло в державну систему охорони здоров'я стимули, які забезпечили конкуренцію з приватним сектором за одержання державних фінансових ресурсів.

У Великобританії існує специфічний механізм подання медичної допомоги, в основу якого покладено державний принцип організації охорони здоров'я. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів зі здоров'ям пацієнт повинен записатися на прийом до закріпленого за ним лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. За потреби термінової консультації пацієнт очікує, коли у лікаря з'явиться час на незапланований прийом. Терапевт встановлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та консультації до вузькопрофільних спеціалістів.



Рис. 1.2. Загальні принципи системи NPSM [1]

Британською національною системою охорони здоров'я передбачаються значні пільги на придбання лікарських засобів. Окремим категоріям громадян лікарські засоби надаються безкоштовно, зокрема дітям та підліткам до 16 років, студентам до 18 років та особам похилого віку, яким

виповнилося 80 років. Для пенсіонерів діє система знижок на фармацевтичні препарати, що визначається розміром пенсії та рівнем добробуту. Решта населення купує лікарські засоби за встановленою державою єдиною ціною, що становить близько 10 у.е.

Окремі регіони Королівства впроваджують власні моделі організації охорони здоров'я. Наприклад, Оксфордська модель базується на командному принципі. Медичну допомогу подає спеціалізована команда фахівців упродовж усього лікування та реабілітації починаючи з діагностики конкретного клінічного випадку. Командний підхід забезпечує вищий рівень координації та кооперації провайдерів. Крім того, вони повністю задіяні в усьому лікувальному процесі, за що отримують грошову винагороду. Пацієнти та їх представники мають право вибору певної команди. Вибір пацієнта базується на об'єктивних даних щодо показників роботи команд, що занесені до спеціальних комп'ютерних файлів і є загальнодоступними [16].

Оксфорд зацікавлений у такій моделі подання медичної допомоги, яка економить значні кошти за рахунок високої ефективності. Провайдерів медичної допомоги приваблює в командній моделі повернення до контрольованого прийняття рішень та ціноутворення. Вони отримують більше самостійності, що водночас передбачає вищу відповідальність. Передбачається також, що спеціалісти команди й лікарі первинної медико-санітарної допомоги повинні працювати разом для того, щоб підібрати найадекватнішу для кожного пацієнта схему лікування. Конкуренція між командами може призвести до значних негативних коливань якості подання медичної допомоги та її вартості [1]. Тому обов'язковим елементом при впровадженні моделі розробники вважають об'єктивність, доступність інформації про професійні якості кожного члена команди.

Державна політика Швеції в галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівних можливостей щодо отримання медичної допомоги і створення здорового способу життя для всіх членів суспільства. У 1983 р. було прийнято закон про охорону здоров'я, згідно з яким кожний громадянин

має рівні права на медичну допомогу, відновлення здоров'я та профілактику захворювань. Страхова система на випадок захворювання охоплює майже все населення країни.

Політика держави в галузі охорони здоров'я сприяла здійсненню низки структурних реорганізацій у галузі [1; 11]:

- розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- збільшення кількості терапевтичних ліжок, що зумовило збільшення терміну перебування хворого у стаціонарі;
- наближення медичної допомоги до місця проживання пацієнта, що реалізується шляхом розширення мережі районних лікарень; розвитку мережі будинків медсестринського нагляду;
- інтенсифікація процесу діагностики та лікування.

Державна політика в галузі охорони здоров'я передбачає жорсткий адміністративний контроль з боку державних структур за процесом подання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Цей принцип має низку негативних наслідків, до яких належать [1]:

- тенденція до вирівнювання доходів лікарів, що знижує мотивування праці;
- бюрократизація;
- зниження ефективності подання медичної допомоги.

Проте недоліки в системі організації медичної допомоги у Швеції деякою мірою нівелюються загальною державною стратегією галузі, що реалізується за такими засадами [1]:

- активне залучення населення до зміцнення власного здоров'я;
- пріоритет груп ризику в отриманні медичної допомоги;
- розробка довгострокової політики поліпшення здоров'я нації;
- пріоритет охорони здоров'я при розподілі державних фінансових ресурсів.

Організація охорони здоров'я в Швейцарії базується на принципі обов'язковості медичного страхування кожним громадянином. Лікарняні каси передбачають обидва види страхування – обов'язкове та добровільне. Отже, пацієнту немає потреби шукати інші лікарняні каси для додаткових медичних послуг.

До відмітних ознак системи медичного обслуговування Швейцарії належить також особистий внесок пацієнта в лікарняну касу. Як і в інших європейських країнах, застрахований пацієнт сплачує лише 10% загальної суми лікування. Лікарняну касу пацієнт обирає за власним уподобанням. Його внески не залежать від прибутку, проте можуть відрізнятись в різних лікарняних касах. Останніми роками громадяни Швейцарії надають перевагу бонусній страховці, коли розмір внеску зменшується за умови нечастого звертання по медичну допомогу.

Лікарняні каси працюють виключно з лікарями та медичними закладами, що входять до переліку договірних закладів та спеціалістів. Можливість працювати із застрахованими пацієнтами надається кращим лікарням і гарантує пацієнтам високу якість медичного обслуговування.

Крім переліку медичних закладів у системі медичного обслуговування Швейцарії існує затверджений перелік лікарських засобів, вартість яких пацієнтові сплачується через систему медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування у Швейцарії включає й профілактичні заходи: вакцинацію проти грипу та щорічний профілактичний огляд.

У Німеччині історично склалося так, що система медичного страхування розв'язує власні завдання автономно й незалежно від державного бюджету. У системі медичного страхування розміри внесків відповідають рівню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я хворого й не залежать від розміру його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, згідно з яким здорові сплачують за хворих, молоді – за осіб похилого віку, забезпечені – за малозабезпечених.

У Німеччині поряд з обов'язковим медичним страхуванням передбачається добровільне. Кожний громадянин може бути членом певної лікарняної каси. У країні існують лікарняні каси двох видів [1]:

- загальна лікарняна каса міста або регіону, якою користуються робітники, службовці, студенти, безробітні та пенсіонери, заробітна плата або пенсія яких менша від мінімуму, який періодично переглядається;
- лікарняні фахові каси (ерзац-каси) для працівників різних галузей народного господарства.

Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% населення країни. Страхові внески становлять близько 13,5% заробітної плати. Одну половину внеску сплачує працівник, іншу – роботодавець. Порівняно невеликий відсоток забезпечених громадян користується приватним медичним страхуванням, з яких 10 % отримують медичну допомогу безпосередньо через систему приватного добровільного страхування, 3 % поєднують послуги обов'язкового соціального та приватного страхування здоров'я [1].

Обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів.

Медичне страхування в Німеччині базується на двох основних принципах – солідарності та субсидіарності [1]. Охарактеризуємо стисло кожен з них.

Принцип солідарності. Лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: усі сплачують страхування, а медичну допомогу отримують тільки захворілі. Лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні туристичні путівки, додатково оплачується протезування зубів тощо.

Принцип субсидіарності. Застраховані громадяни самі відповідальні за стан власного здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків.

При добровільному медичному страхуванні з кожним клієнтом укладається контракт, де визначаються умови лікування на випадок захворювання: лікарня, категорія палати, лікарі; необхідність здійснення в разі травми косметичної операції та ін. Сума страховки для кожного клієнта різна і залежить від переліку медичних послуг та рівня медичного сервісу.

Фінансується система охорони здоров'я Німеччини за рахунок таких складових [1]:

- внесків до фондів медичного страхування;
- державних коштів, що складаються з бюджетів різних рівнів;
- коштів приватного добровільного медичного страхування;
- коштів громадян.

Мінімальний гарантований обсяг медичної допомоги на випадок захворювання визначається державою. Медичний поліс повинен включати амбулаторне та стаціонарне лікування, надання лікарських, лікувальних та допоміжних засобів, перелік стоматологічних послуг та реабілітацію на випадок важких захворювань або інвалідності.

Система охорони здоров'я Німеччини має певні недоліки [1]:

- великий адміністративний апарат, наявність якого зумовлена системою складних розрахунків із лікувально-профілактичними закладами;
- збільшення пропорційної кількості населення, яке потребує медичної допомоги через стрімке старіння населення та зменшення кількості громадян, які її сплачують, тому принцип солідарності, впроваджений ще за часів правління Бісмарка, переживає важкі часи;
- зберігає недоліки ринкової моделі організації охорони здоров'я, зокрема збільшення обсягів непотрібних медичних послуг, великі витрати на

судово-правове регулювання взаємовідносин суб'єктів ринку медичних послуг;

- необмежена видача дозволів на приватну медичну практику;
- утримання надто великих лікарень.

Отже, реформи охорони здоров'я є складовою і прямим продовженням загальних реформ в економіці країн світу. Не існує варіантів окремої модернізації галузі поза контекстом змін на макроекономічному рівні [11].

В Україні децентралізація економіки і охорони здоров'я, економія витрат відповідно до податкових надходжень, ефективність розподілу і використання фінансових потоків об'єднує макро-, мезо- і мікро-перетворення. Досвід Великої Британії вказує на важливість ефективного перерозподілу суспільних видатків упродовж певного часу на користь охорони здоров'я. Досвід країн з приватно страховою медициною вказує на резерви збільшення економічної ефективності охорони здоров'я. Продовження процесів реформування системи охорони здоров'я в Україні у повоєнний період, зокрема, в умовах прагнення України якомога швидше отримати статус країни – повноправного члена Європейського Союзу, матиме позитивний результат, якщо національні переваги і традиції поповняться ефективним впровадженням європейських принципів, цінностей, досвіду та кращих практик.

РОЗДІЛ 2

МОДЕРНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Менеджмент закладів охорони здоров'я та проблеми управління їх діяльністю у повоєнний період

В Україні галузь охорони здоров'я проголошено одним із пріоритетних напрямів діяльності держави. Саме держава формує політику охорони здоров'я у країні та забезпечує її реалізацію. Державна політика з охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що визначається чинним законодавством України.

Засади державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом затвердження конституційних і законодавчих засад галузі охорони здоров'я, а також визначення мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів цієї політики, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Згідно із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [31] для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Складовими державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні є місцеві й регіональні комплексні та цільові програми, що формуються

Верховною Радою, органами місцевого та регіонального самоврядування і відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення [1].

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисто відповідальний за неї Президент України, який у щорічній доповіді Верховній Раді України повинен звітувати про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Що стосується безпосередньо організації та управління діяльністю у сфері охорони здоров'я, зокрема, у цей складний для нашої країни період, пов'язаний із повномасштабним вторгненням РФ в Україну, то узагальнення досвіду провідних країн світу у проведенні медичної реформи дозволило констатувати, що незважаючи на різноманіття форм організації медичної допомоги у світовій економіці, єдиної універсальної моделі не напрацьовано до цих пір. Кожна країна використовує свою модель, яка найбільше задовольняє потреби її населення. Як зазначалося вище, нині можна виділити переважно державну модель (Великобританія); переважно страхову (Німеччина, Франція, Голландія, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Польща, деякі держави Латинської Америки, Японії); переважно приватна система (США); змішану.

Що стосується України, то розпочата декілька років тому медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я.

Особливо ці проблеми загострилися під час війни, нав'язаної країною-агресоркою – РФ. Так, окрім організаційних, фінансових та інших проблем

з'явилося дуже велике навантаження на працівників медичних закладів, пов'язане, насамперед, з їх руйнуванням, і не тільки на окупованих територіях, а й по всій країні, а також з необхідністю лікування та реабілітації дуже великої кількості ранених воїнів, тяжкохворих цивільних громадян, членів їх сімей.

Так, станом на червень 2022 р. російські окупанти пошкодили понад 600 лікарень, з них понад 100 медичних закладів зруйновано повністю. Також на той час було зруйновано або пошкоджено близько 400 аптечних закладів – вони і досі не працюють. На відновлення зруйнованих російською армією українських лікарень знадобиться не менше 32 млрд грн. [42].

Скільки це буде після війни – сказати поки ще складно. Але, відновлення роботи закладів охорони здоров'я є одним із стратегічних пріоритетів нашого Уряду.

Слід зазначити, що вирішенню проблем менеджменту у сфері охорони здоров'я приділялася увага і раніше. Так, наприклад, з метою вирішення даних питань Тернопільським національним університетом нещодавно було проведено науково-практичну конференцію за міжнародною участю [14], метою якої було вироблення рекомендацій щодо запровадження сучасних технологій адміністративного, кадрового, фінансового, інформаційного, інноваційного, комунікаційного менеджменту в закладах охорони здоров'я, вдосконалення форм міжсекторної та міжмуніципальної співпраці в умовах проведення медичної реформи.

Були визначені такі проблемні напрямки, які обговорювалися у дискусіях на секційних засіданнях [50]:

- інституційний базис менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи;
- менеджмент комунальних некомерційних підприємств первинної медичної допомоги, інститутів сімейної медицини, валеології, фармації;
- публічний менеджмент державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та інститутів страхової медицини;

- кадровий менеджмент закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи;
- інноваційний менеджмент як інструмент конкурентного позиціонування закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг;
- менеджмент госпітальних округів як форма міжмуніципального співробітництва;
- менеджмент електронної системи охорони здоров'я eHealth та інших е-систем як базису автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією;
- зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки;
- менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг.

Слід зазначити, що ці напрями виходять на перший план і у повоєнний період, коли буде конче потрібне відновлювати базу охорони здоров'я, підвищувати ефективність менеджменту та якість надання медичних послуг, зміцнювати партнерські відносини з іншими вітчизняними та зарубіжними медичними закладами з обміну сучасними практиками та досвідом реалізації діяльності.

На конференції було здійснено дуже конструктивне обговорення цих та інших проблемних питань, і в результаті усі учасники заходу підтвердили, що на рівні держави поставлені конкретні завдання щодо структурних змін у галузі охорони здоров'я України, які визначені пріоритетними в діяльності місцевих органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.

Також під час заходу було звернуто увагу учасників на ключові цілі реформування системи охорони здоров'я, до яких, зокрема, віднесено наступні [50]:

- створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами;
- підняття значущості та престижу професії лікаря;
- створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази медичних закладів;
- впровадження нової системи охорони здоров'я, зорієнтованої на створення центрів первинної медичної допомоги;
- підвищення процесу керованості та фінансового забезпечення розвитку первинної ланки медичної допомоги в адміністративно-територіальних утвореннях;
- проведення організаційних заходів щодо перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства, які в подальшому будуть працювати з Національною службою здоров'я України.

Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в умовах повоєнного періоду має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести [50]:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп, формування ринку медичних послуг з врахуванням міжсекторного партнерства,
- дотримання державних фінансових гарантій надання медичної допомоги,
- диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг,
- необхідність дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг,
- потреба здійснення аудиту якості медичної допомоги та постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг,

- роботу над зростанням рівня задоволеності медичною допомогою населення, професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів,
- інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health), яка покликана фіксувати статистичні дані про лікування пацієнтів та надані їм послуги,
- вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ.

Слід звернути увагу на те, що одним із важливих напрямів реформування системи охорони здоров'я, наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування є діяльність госпітальних округів. Забезпечення їх ефективного функціонування та управління ними можливе на основі врахування таких відправних детермінант [50]:

- ефективність госпітальних округів визначається їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть;
- широке коло учасників госпітальних округів зумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку;
- управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами;
- динамічний розвиток вітчизняного фармацевтичного ринку, значне розширення аптечних мереж суб'єктів фармацевтичної діяльності недержавної форми власності, розширення арсеналу інноваційних та генеричних лікарських засобів, багатоетапність «життєвого циклу» та загроза

неякісних і фальсифікованих препаратів зумовлює важливість проблеми забезпечення якості та безпеки лікарських засобів в Україні та актуалізує необхідність створення у суб'єктах фармацевтичної діяльності ефективної системи якості.

Слід зазначити, що якщо у довоєнний період вітчизняні аптечні заклади, були, насамперед, установами охорони здоров'я, що працюють в умовах зростаючої конкуренції, яка зумовлена кон'юнктурою аптечної мережі в Україні (збільшення кількості аптек, зменшення кількості аптечних кіосків), невисокою купівельною спроможністю населення, зростанням вартості ліків, відсутністю медичного страхування, іншими соціальними та ринковими чинниками, то в умовах війни та у повоєнний період, незважаючи на зменшення кількості аптечних закладів, пов'язане з їх руйнацією, деякі речі набувають особливого значення, і є просто життєво-необхідними.

Отже, значна кількість проблем, що існувала у закладах охорони здоров'я до війни, і досі залишається невирішеною, а з війною проблеми тільки загострилися. Є і такі суто професійні проблеми, що залишаються і досі, зокрема, недостатньою мірою використовуються медико-технологічні стандарти та регламенти надання медичних послуг. Так, до війни у 88% закладів були відсутні локальні протоколи надання медичної допомоги, 85% організаторів системи охорони здоров'я основним своїм функціональним обов'язком вбачають забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими та матеріально-технічними ресурсами, і лише 15% організаторів зазначають, що їх основною функцією є організація умов для надання якісної медичної допомоги. При цьому 87,42% лікарів не отримували доплати за якісну працю, а 97,6% вважало, що в закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи менеджменту для управління якістю медичних послуг [50].

Слід зазначити, що вирішення проблем галузі охорони здоров'я можливе за умови запровадження сучасних інструментів та технологій менеджменту, за допомогою яких можливо удосконалити та підвищити

ефективність діяльності організацій системи охорони здоров'я. Прикладом стають механізми, що запроваджені в комерційному секторі, наприклад, система менеджменту якості (СМЯ), заснована на міжнародних стандартах ISO серії 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2008 Quality management systems – Requirements (Системи управління якістю. Вимоги) містить набір мінімальних вимог, які пред'являються в міжнародному товаристві до будь-яких, у тому числі й державних, організацій [13; 51].

Також необхідно активізувати діяльність щодо запровадження менеджмент-орієнтованих та програмно-цільових підходів, зокрема, стратегічного та проєктного, до діяльності закладів охорони здоров'я. Зазначені підходи вже довели свою ефективність у світі і є дуже ефективними в умовах сучасних реформ, забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку країни, саме з погляду на потребу у відновленні діяльності медичних закладів, зруйнованих під час війни, забезпечення відповідальності за виконання стратегічних пріоритетних завдань та розподілу завжди обмежених ресурсів.

2.2. Кадрова політика держави як один із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я

Система охорони здоров'я будь-якої країни повинна відповідати певним універсальним критеріям, зокрема ієрархічній побудові, а також налагодженим управлінським комунікаціям між суб'єктами та об'єктами управління. Водночас система охорони здоров'я країни покликана враховувати особливості стану здоров'я населення, рівень його захворюваності та сучасні реалії. В Україні це стає важливим не тільки зважаючи на розпочаті реформи, зокрема, медичну, метою якої є підвищення ефективності, результативності та якості надання медичних послуг, забезпечення всім громадянам України рівного доступу до цих послуг та перебудова системи охорони здоров'я таким чином, щоб у її центрі уваги був

пацієнт. Війна в Україні додала надзвичайної важливості усім процесам, пов'язаним із безпекою та охороною здоров'я населення країни. Руйнування лікарень, знищення аптечних закладів, нестача медикаментів, недостатня кількість або взагалі відсутність кваліфікованого медичного персоналу тощо – все це негативно вплинуло на систему охорони здоров'я не тільки в окремих регіонах, а й в країні в цілому.

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я була й залишається ефективна кадрова політика. Вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зокрема, у повоєнний період, є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ з державного управління у цій сфері. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня.

Реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування та відновлення медичної сфери. Суттєвими недоліками кадрового забезпечення медичної галузі на сьогодні є [50]:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу, що пов'язане не тільки з війною;
- негативний кадровий баланс: старіння працівників;
- низька якість підготовки медичних кадрів;
- недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих фахівців;
- регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення;
- зниження рівня кваліфікації медичних кадрів;
- слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я: відсутність державної концепції кадрової політики в галузі;

- недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів;
- недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я;
- відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності медичних працівників;
- невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери;
- непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.

Саме вирішенню цих та інших проблем у галузі охорони здоров'я має бути присвячена кадрова політика держави, особливо у повоєнний період.

Слід зазначити, що реформування системи охорони здоров'я передбачає заходи, спрямовані на здійснення інноваційної та кадрової політики в галузі. Зокрема, реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти передбачає підготовку фахівців за такими новими для них напрямками, як менеджер (управлінець) у галузі охорони здоров'я (спеціальності 073 – менеджмент, 281 – публічне управління та адміністрування), економіст у галузі охорони здоров'я (спеціальність 051 – економіка) та іншими.

Нині в Україні медичними закладами управляють здебільшого досвідчені лікарі високої кваліфікації з медичної спеціалізації. Разом із тим, вони не мають спеціальної підготовки з питань управління та економіки охорони здоров'я. Проте наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою для призначення на посаду керівника медичного закладу. Проте

міжнародний досвід країн із розвинутою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність призначення на керівні посади багатопрофільних медичних установ спеціалістів за фахом Health Service Management або Health Care Management [1].

Також, підвищення ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я набуває все більшої актуальності у зв'язку із запровадженням страхової медицини і появою значної кількості приватних медичних закладів, що провокує виникнення конкуренції на ринку медичних послуг та зростання уваги до якості надання ними медичних послуг.

Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ, а також посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; дотримання відповідного рівня ресурсного, матеріально-технічного й фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я.

Основними чинниками забезпечення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є наступні [50]:

- результативність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг;

- адміністративна (кадрова) ефективність;

- ефективність менеджменту (фінансового, інформаційного, комунікаційного тощо) в організації та управлінні медичним закладом, його підрозділами, ресурсами.

Менеджмент сучасного медичного закладу має працювати на забезпечення максимального синергетичного ефекту від його функціональної діяльності.

Системні проблеми інноватизації системи управління закладами охорони здоров'я пов'язуються з особливостями їх функціонування та специфікою процесів надання медичної допомоги, а саме [50]:

- висока спеціалізація основної діяльності, що переважно має терміновий і невідкладний характер;

- складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також вимірюваності результатів діяльності;

- відсутність права на невпевненість і помилку;

- потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів;

- необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників;

- залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації;

- труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладів.

Слід зазначити, що в умовах медичної реформи надзвичайної актуальності набуло забезпечення високоякісної підготовки медичних працівників та набуття ними практичного досвіду у певній сфері діяльності, що вимагає не тільки їх підготовки у спеціалізованих медичних закладах, а й постійного підвищення їх кваліфікації, створення відповідних умов навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню якості освіти, зарубіжного стажування тощо.

До проведення такого короткотермінового навчання медичних працівників (або підвищення їх кваліфікації) можна залучати і кошти міжнародної технічної допомоги. Так, у лютому 2021 р. Львівська бізнес-школа УКУ (LvBS) та State University of New York (SUNY), у партнерстві з

проєктом USAID Ukraine – USAID Україна «Підтримка реформи охорони здоров'я» [43] реалізувала трьох тижневий навчальний курс «Менеджмент медичного підприємства» для медичних управлінців. Його учасниками стали понад 25 керівників медичних закладів зі всієї України. Провідні фахівці сектору охорони здоров'я з України та Сполучених Штатів Америки надавали учасникам необхідні знання та навички, котрі допоможуть ефективно управляти медичними закладами у період реформування.

До навчання за кошти проєкту USAID було залучено керівників медичних некомунальних підприємств Тернопільської, Миколаївської, Чернігівської, Чернівецької, Київської, Одеської, Івано-Франківської та Львівської областей. Під час навчання вони опанували нові менеджерські підходи в управлінні закладом, обговорювали основні елементи найкращих систем охорони здоров'я у світі, систему фінансування, офіційні та неофіційні платежі та опанували нові навички з управління закладом, використовуючи успішний досвід інших країн [43].

Такий формат проведення навчання дозволив керівникам медичних закладів у короткий час поглибити свої знання та набути корисних навичок, що необхідні для успішного входження у реформу. Також вони отримали можливість дізнатися про міжнародний досвід з організації роботи лікарень для забезпечення ефективної роботи підприємства.

Під час навчання керівників медичних комунальних підприємств, а також керівників департаментів охорони здоров'я озброїли інструментами для ефективного управління закладами. Зокрема, навчання охопило такі сфери [43]:

- основи стратегічного управління та управління проєктами;
- основи менеджменту та управління персоналом;
- кадрові ресурси для планування охорони здоров'я;
- фінансування охорони здоров'я;
- забезпечення якості медичних послуг;
- ефективні комунікації;

– лідерство на підприємстві.

Це був перший тритижневий безкоштовний курс для керівників закладів охорони здоров'я у 2021 році. Ураховуючи попит на таке підвищення кваліфікації медичних працівників, передбачено, що таке навчання у рамках проєктів та програм міжнародної технічної допомоги навчання буде проводитися і далі, у повоєнний період.

Разом з тим, підвищену увагу потрібно приділяти навчанню і студентів медичних факультетів задля забезпечення у подальшому якості надання ними медичних послуг, а саме послуг з лікування, діагностики та профілактики захворювань, і по можливості додавати до складу вибіркового дисциплін саме дисципліни за означеними вище напрямками.

Отже, на сучасному етапі трансформаційних змін у медичній галузі необхідно забезпечити систему безперервної підготовки управлінських кадрів охорони здоров'я, включаючи галузевих адміністраторів, менеджерів і економістів, здатних самонавчатися і адаптуватися до умов, в яких їм належить функціонувати. У наступному розділі про це буде йти більш детально.

2.3. Навчання менеджерів медичних закладів на управлінських спеціальностях як пріоритет кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Як зазначалося вище, ключову роль у формуванні кадрового потенціалу у галузі охорони здоров'я грає підготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників. І дійсно, сьогодні як ніколи, важливо забезпечити високоякісну підготовку лікарів та середнього медичного персоналу, постійно підвищувати їх кваліфікацію, створювати відповідні умови навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню підготовки студентів-медиків, сприяти їх участі у різноманітних міжнародних заходах – медичних форумах, конгресах, з'їздах, конференціях європейського та світового рівнів,

стажуванню у провідних європейських медичних клініках; приділяти підвищену увагу навчанню студентів медичних факультетів спеціальним дисциплінам, вивчення яких починається на другому курсі і триває протягом наступних років. Але, разом з тим, потрібно приділяти неабияку увагу і підготовці ефективних управлінців у медичній галузі.

На сьогодні в Україні керівниками медичних закладів працюють переважно лікарі, які мають значний досвід та високу кваліфікацію з медичної спеціалізації, проте не мають спеціальної підготовки з питань управління та економічної складової охорони здоров'я. Це пояснюється тим, що наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою під час призначення на посаду керівника медичного закладу.

Але, разом із тим, сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні ґрунтовні знання та навички у сфері:

- технологій менеджменту ресурсів, насамперед людських;
- новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проєктного управління, а також управління якістю, результативністю та потенційно можливими ризиками діяльності;
- володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості професійної медичної діяльності;
- застосовування ефективних комунікативних технік та сучасних технологій контролю;
- запровадження інноваційних (альтернативних) підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

Міжнародний досвід країн із розвинутою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність керівництва багатопрофільних медичних установ спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management [23].

Фахівці з менеджменту охорони здоров'я мають забезпечувати раціональну фінансово-господарську діяльність в лікувально-профілактичних

зкладах, а також ефективне використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Тобто такі, можна сказати – «якісно нові» для України фахівці, повинні «звільнити головного лікаря від немедичної роботи» та забезпечити розвиток медичного бізнесу в країні.

Для підготовки таких лікарів-управлінців у вітчизняних закладах вищої освіти здійснюється навчання за магістерськими освітньо-професійними програмами та спеціалізаціями галузей знань:

– 028 «Публічне управління та адміністрування» (спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»). Як приклад – освітньо-професійні програми «Публічне управління та адміністрування», «Управління у сфері охорони здоров'я» та інші;

– 07 «Управління та адміністрування» (спеціальність 073 «Менеджмент»). Як приклад – освітньо-професійні програми «Менеджмент в охороні здоров'я», «Адміністративний менеджмент», «Управління закладами охорони здоров'я» та інші).

Слід зазначити, що відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України [17] сьогодні увесь адміністративний персонал медичних закладів має проходити навчання однією з визначених вище спеціальностей або інших споріднених, а саме: до 01 січня 2022 року вимагалася вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я». З 01 січня 2022 року вимагається вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» з обов'язковою наявністю вищої освіти (магістерський рівень) у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» (крім керівників закладів охорони здоров'я, які надають тільки первинну медичну допомогу). Лікарська

спеціальність «Організація і управління охороною здоров'я» вимагається при наявності вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» до 01 січня 2022 року [10].

Навчання за означеними спеціальностями надасть змогу отримати певні управлінські компетентності наступним категоріям лікарських посад у закладах охорони здоров'я (приклад – у табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Функції керівників закладів охорони здоров'я та їх заступники [10]

1. Генеральний директор	ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (удосконалення процесів реформування системи охорони здоров'я, організація діяльності в медичній сфері, управління медичними закладами, стратегічне планування, управління проєктами, персоналом, ресурсами, змінами, ризиками, часом, якістю, вартістю тощо)
2. Директор	
3. Начальник	
4. Завідувач	
5. Медичний директор	

Для виконання функції організації та управління в охороні здоров'я керівникам медичних установ потрібні наступні компетентності [24].

1. Загальні компетентності:

- здатність використовувати державну та принаймні одну з іноземних мов в діловому спілкуванні;
- здатність презентувати ідеї, стратегії та результати проєктів для цільових аудиторій різного типу;
- здатність працювати в міждисциплінарній команді та спілкуватися з експертами інших галузей, в міжнародному середовищі;
- уміння організовувати ідеї, думки та наявну інформацію в аналітичні документи;
- уміння працювати із сучасними інформаційними технологіями;
- здатність до безперервного самонавчання та професійного розвитку;
- уміння організувати власну діяльність та ефективно управляти часом;
- уміння використовувати здобуті теоретичні знання на практиці;
- навички лідерства та командної роботи;

– уміння дотримуватися етичних засад, які стосуються конфіденційності даних та їх нерозголошення, інтервенцій в громадському здоров'я.

2. Фахові компетентності:

– логічно послідовно пояснювати переваги систем охорони здоров'я за наявного соціо-економічного та політичного контекстів;

– пояснювати рішення в системі охорони здоров'я, базуючись на витратах, якості та доступності послуг охорони здоров'я;

– застосувати знання про організацію та фінансування медичної допомоги на комплексній основі;

– виявляти існуючі бар'єри – структурні, культурні та поведінкові – для реалізації стратегічних цілей системи охорони здоров'я чи організацій;

– розробляти політики якості надання послуг в охороні здоров'я;

– розробляти та реалізовувати політики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я;

– виявляти ключових стейкхолдерів та налагоджувати з ними діалог, досягати консенсусу;

– застосовувати основні принципи функціонування організацій (знання основ бухгалтерського обліку, маркетингу, фінансів та управління ними);

– оцінювати правові, соціальні та економічні особливості середовища ведення бізнесу в охороні здоров'я;

– використовувати основні епідеміологічні концепти в простих та конкретних рішеннях щодо громадського здоров'я;

– оцінювати якість даних та приймати раціональні рішення, які базуються на надійних даних;

– розробляти та втілювати проекти в громадському здоров'ї та в організації охорони здоров'я, зокрема, для відновлення галузі охорони здоров'я у повоєнний період;

– виявляти релевантні документи та джерела інформації для розробки стратегії громадського здоров'я.

Слід зазначити, що за такими освітніми програмами може навчатися не тільки так званий топ-менеджмент медичного закладу, а й усі бажаючі, особливо ті, що хочуть зробити кар'єру, або працюють в інших установах, тим чи іншим чином пов'язаних із охороною здоров'я. Основними місцями роботи молодих професіоналів є заклади охорони здоров'я, міжнародні проекти, недержавні організації чи урядові структури галузі охорони здоров'я, зокрема, основними посадами та організаціями є такі:

– менеджери середнього та в перспективі вищого рівня в медичних закладах, міжнародних організаціях та проектах;

– спеціалісти, консультанти з громадського охорони здоров'я населення в структурі організацій (Всесвітня організація здоров'я (ВОЗ), міжнародні організації, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), національні програми та проекти тощо);

– спеціалісти з економіки у структурі організацій сфери охорони здоров'я (МОЗ, Мінекономіки, управління охорони здоров'я, експертні установи, міжнародні проекти, національні програми, заклади охорони здоров'я).

Випускники магістерських програм (281 «Публічне управління та адміністрування» або 073 «Менеджмент») можуть продовжити своє навчання в аспірантурі як в Україні, так і за її межами.

У Дніпропетровському регіоні якісне навчання за цими спеціальностями можна отримати у Національному технічному університеті «Дніпровська політехніка» (далі – НТУ ДП) [22], який у 2021 році став правонаступником Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України (ДРІДУ НАДУ), в Університеті митної справи і фінансів (УМСФ) та інших закладах вищої освіти м. Дніпра.

У складі вищезазначених освітньо-професійних програм [22] є значний блок варіативних дисциплін саме з організації та управління в системі охорони здоров'я.

З власного досвіду навчання хочу звернути увагу на те, що програми підготовки магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» передбачають поєднання глибокої теоретичної підготовки з набуттям практичного досвіду публічного управління. У професійному навчанні слухачів значна увага приділяється таким питанням, як аналіз державної політики, стратегічне управління, технології управління й прийняття управлінських рішень, менеджмент організацій, механізми управлінського спілкування, проєктний менеджмент, стиль роботи керівника, організація управлінської праці в державному управлінні тощо. Програми базуються на між- та багатодисциплінарній моделі підготовки [29].

Перелік дисциплін, у т.ч. вибірових, що вивчали працівники закладів охорони здоров'я в ДРІДУ НАДУ, а у 2021 – 2022 н.р. – в НТУ ДП у рамках так званої спеціалізації «Управління у сфері охорони здоров'я» протягом останніх років наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Фрагмент навчального плану ДРІДУ НАДУ [30]

Шифр д-ни	Назва навчальної дисципліни	Кількість кредитів ECTS
V.13	Управління медичними закладами на регіональному рівні	4
V.14	Основи управління проєктами у сфері охорони здоров'я	4
V.15	Психологія управління	4
V.16	Теорія і практика державного управління охороною здоров'я	4
V.17	Державна політика у сфері охорони здоров'я	4
V.18	Державне управління охороною громадського здоров'я	4

Тільки за період з 2019 по 2022 н.р. на зазначену спеціальність до НТУ ДП (а раніше – до ДРІДУ НАДУ) вступило близько 150 лікарів з різних регіонів України (з них тільки у 2019-2020 н.р. – 90). Усі вони із

зацікавленням ставилися до навчання та підготували свої кваліфікаційні (магістерські) роботи з урахуванням отриманої системи теоретичних знань з управлінських дисциплін та власного досвіду практичної діяльності.

Слід зазначити, що у 2022 р. кафедрою державного управління і місцевого самоврядування навчально-наукового інституту державного управління НТУ ДП було відкрито нову для НТУ освітньо-професійну програму «Менеджмент в охороні здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент» галузі знань 07 «Управління та адміністрування» [25].

Метою цієї освітньо-професійної програми є підготовка фахівців, здатних ідентифікувати й розв'язувати складні спеціалізовані завдання та практичні проблеми менеджменту закладів охорони здоров'я (медичних підприємств різних форм власності), що характеризуються невизначеністю умов і вимог в галузі та передбачають активне сприяння інноваційним і ринковим перетворенням задля наближення вітчизняної моделі управління в системі охорони здоров'я до європейських стандартів, що відповідає стратегічним пріоритетам розвитку НТУ «Дніпровська політехніка», зокрема, поєднанню освіти, науки та інновацій, забезпеченню інтеграції до міжнародного науковоосвітнього простору.

Обсяг даної програми за освітніми компонентами (тобто дисциплінами) передбачає обов'язкову частину (цикли загальної, спеціальної та практичної підготовки), а також вибіркову частину, яка визначається завдяки вибору здобувачами навчальних дисциплін із запропонованого переліку.

У табл. 3.3 наведено фрагмент розподілу обсягу програми за освітніми компонентами даної освітньо-професійної програми [25].

Таблиця 3.3

Фрагмент розподілу обсягу програми за освітніми компонентами [25]

Шифр	Освітній компонент	Обсяг, кредитів
1	ОБОВ'ЯЗКОВА ЧАСТИНА	66
1.1	Цикл загальної підготовки	6
31	Іноземна мова для професійної діяльності (англійська/німецька/французька)	6,0
1.2	Цикл спеціальної підготовки	30
1.2.1	<i>Базові дисципліни за галуззю знань</i>	10
Б1	Креативний менеджмент	4,0
Б2	Корпоративне управління та організаційна культура	3,0
Б3	Ризик менеджмент	3,0
1.2.2	<i>Фахові освітні компоненти за спеціальністю</i>	9,0
Ф1	Антикризове управління бізнесом	3,0
Ф2	Бізнес-планування та створення стартапів	3,0
Ф3	Прийняття проєктних рішень	3,0
1.2.3	<i>Спеціальні освітні компоненти за освітньою програмою</i>	11
С1	Стратегічна та проєктна діяльність в системі охорони здоров'я	4,0
С2	Цифрова трансформація та комунікації в системі охорони здоров'я	3,0
С3	HR-менеджмент медичних підприємств	4,0
1.3	Практична підготовка за спеціальністю та атестація	30
П1	Передатестаційна практика	6,0
КР	Виконання кваліфікаційної роботи	24,0
2	ВИБІРКОВА ЧАСТИНА	24

Таким чином, підготовка медичного персоналу за управлінськими спеціальностями, зокрема, 281 «Публічне управління та адміністрування» та 072 «Менеджмент в охороні здоров'я» сприяє належній організації процесів надання якісних медичних послуг, а також забезпеченню ефективності організації та управління у галузі охорони здоров'я в Україні в цілому.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КП «ВІЛЬНОГІРСЬКА
ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ВІЛЬНОГІРСЬКОЇ МІСЬКОЇ
РАДИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

3.1. Реорганізація Вільногірського закладу охорони здоров'я як складова медичної реформи

Одною зі складових медичної реформи є оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я шляхом їх реорганізації в комунальні некомерційні підприємства та передачі на баланс громадам.

6 квітня 2017 р. Верховною Радою України було прийнято Закон України № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [33], відомий як Закон про автономізацію. Він набув чинності 6 листопада 2018 р.

Відповідно до цього закону залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства (КНП) або комунальні установи.

Утворені в результаті реорганізації шляхом перетворення заклади охорони здоров'я – КНП – матимуть [33; 39]:

- самостійний баланс та відокремлене майно (у т.ч. кошти), закріплене за ними на праві оперативного управління;
- можливість самостійно затверджувати штатний розпис та відкривати рахунки в установах банків.

Так званою «законодавчою новелою» є введення визначення «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга)». Це – послуга, що надається пацієнту закладу охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем (ФОП), яка зареєстрована й одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у т. ч. сам пацієнт, страхові компанії, роботодавці [33; 39].

Слід зазначити, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. Також забороняється зміна основного виду діяльності комунального закладу охорони здоров'я із медичного обслуговування населення (медична практика) у зв'язку з його реорганізацією.

Охарактеризуємо переваги реорганізації закладу охорони здоров'я як бюджетної установи в КНП [39]:

- більша самостійність керівника в розпорядженні активами, фінансами, у формуванні кадрової політики закладу охорони здоров'я та визначенні його внутрішньої організаційної структури;
- можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством, мотиваційні стимули;
- фінансування не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану;
- право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я – КНП – із метою перерозподілу функцій між ними та оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;
- право наймати за договорами підряду лікарів-ФОП, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Джерелами фінансування КНП можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб.

Кошти, які не використані протягом бюджетного періоду, не вилучаються та можуть бути застосовані надалі. Невикористання бюджетних коштів не може бути підставою для зменшення фінансування в наступному бюджетному періоді за умови належного виконання договорів про медичне обслуговування населення [33].

У разі реорганізації закладу охорони здоров'я – бюджетної установи – шляхом перетворення має місце правонаступництво: до нової юридичної особи- правонаступника (КНП) переходять усе майно, права та обов'язки ЗОЗ – бюджетної установи.

В Україні прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є компетенцією сільських, селищних, міських, обласних рад або об'єднаних територіальних громад.

Згідно з цим твердженням [33], відповідна рада приймає рішення щодо:

- реорганізації закладу охорони здоров'я – бюджетної установи – шляхом перетворення в КНП;

- призначення комісії з реорганізації шляхом перетворення закладу охорони здоров'я – бюджетної установи, голови комісії та встановлення порядку і строку заявлення кредиторами своїх вимог до цього закладу.

Контроль за виконанням цих рішень може бути доручено виконавчому органу ради відповідної територіальної громади або іншому уповноваженому органу.

Слід звернути увагу на те, що виконання заходів із реорганізації закладу охорони здоров'я шляхом перетворення в КНП (проведення розрахунків із кредиторами закладу охорони здоров'я; підготовка проекту передавального акта та створення закладу охорони здоров'я – підприємства тощо) здійснюється комісією з реорганізації на підставі даних

бухгалтерського обліку закладу охорони здоров'я – бюджетної установи та результатів обов'язкової його інвентаризації.

Виконання так званого Закону про автономізацію [33] базується на принципах добровільності, спонукання й мотивації, а не примусу, який є звичною тактикою для української системи охорони здоров'я.

Як приклад здійснення такої реорганізації в контексті реалізації медичної реформи в Україні та відповідно до вимог закону [33] розглянемо комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області.

Комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області є лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, яке надає послуги вторинної спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, установлених законодавством України та власним статутом [44].

Підприємство було реорганізовано відповідно до рішення Дніпропетровської обласної ради від 22.02.2019 р. № 9460-16/VII шляхом перетворення комунального закладу «Вільногірська центральна міська лікарня» Дніпропетровської обласної ради у комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Дніпропетровської обласної ради.

Наступним рішенням Дніпропетровської обласної ради від 13.12.2019 р. № 552-20/VII комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Дніпропетровської обласної ради та закріплене за нею на праві оперативного управління майно було передано до комунальної власності територіальної громади міста Вільногірськ [44].

Процес реорганізації було продовжено у 2020 році – рішенням Вільногірської 25.06.2020 р. № 1927-84/VII було прийнято в комунальну власність територіальної громади міста Вільногірськ юридичну особу – комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня»

Дніпропетровської обласної ради, та закріплене за нею на праві оперативного управління майно. Засновника підприємства було змінено на Вільногірську міську раду Дніпропетровської області [44].

Водночас, уточнено й найменування підприємства: комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області», яке зараз є правонаступником усіх майнових і немайнових прав та обов'язків попереднього комунального підприємства.

Отже, засновником і власником підприємства стала територіальна громада міста Вільногірськ Дніпропетровської області в особі Вільногірської міської ради Дніпропетровської області.

Основною метою діяльності підприємства є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством. Більш детально опис процесу реорганізації, мета та завдання діяльності підприємства, його права та обов'язки наведено у Статуті комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області, затвердженому рішенням Вільногірської міської ради від 25.06.2020 р. № 1927-84/VII (додаток А).

Відповідно до рішення Вільногірської міської ради Дніпропетровської області від 25.06.2020 р. № 1927-84/VII «Про затвердження структури комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області (додаток Б) було затверджено організаційну структуру комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області, яка діє на цей час (рис. 3.1).

Отже бачимо, що зазначене підприємство пройшло вже стадію реорганізації: оптимізовано організаційну структуру та штати лікарні, і основна задача менеджменту підприємства на сучасному етапі – забезпечити належний рівень надання медичних послуг населенню міста Вільногірська,

що можливо, зокрема, за рахунок реалізації міських цільових програм та проектів.

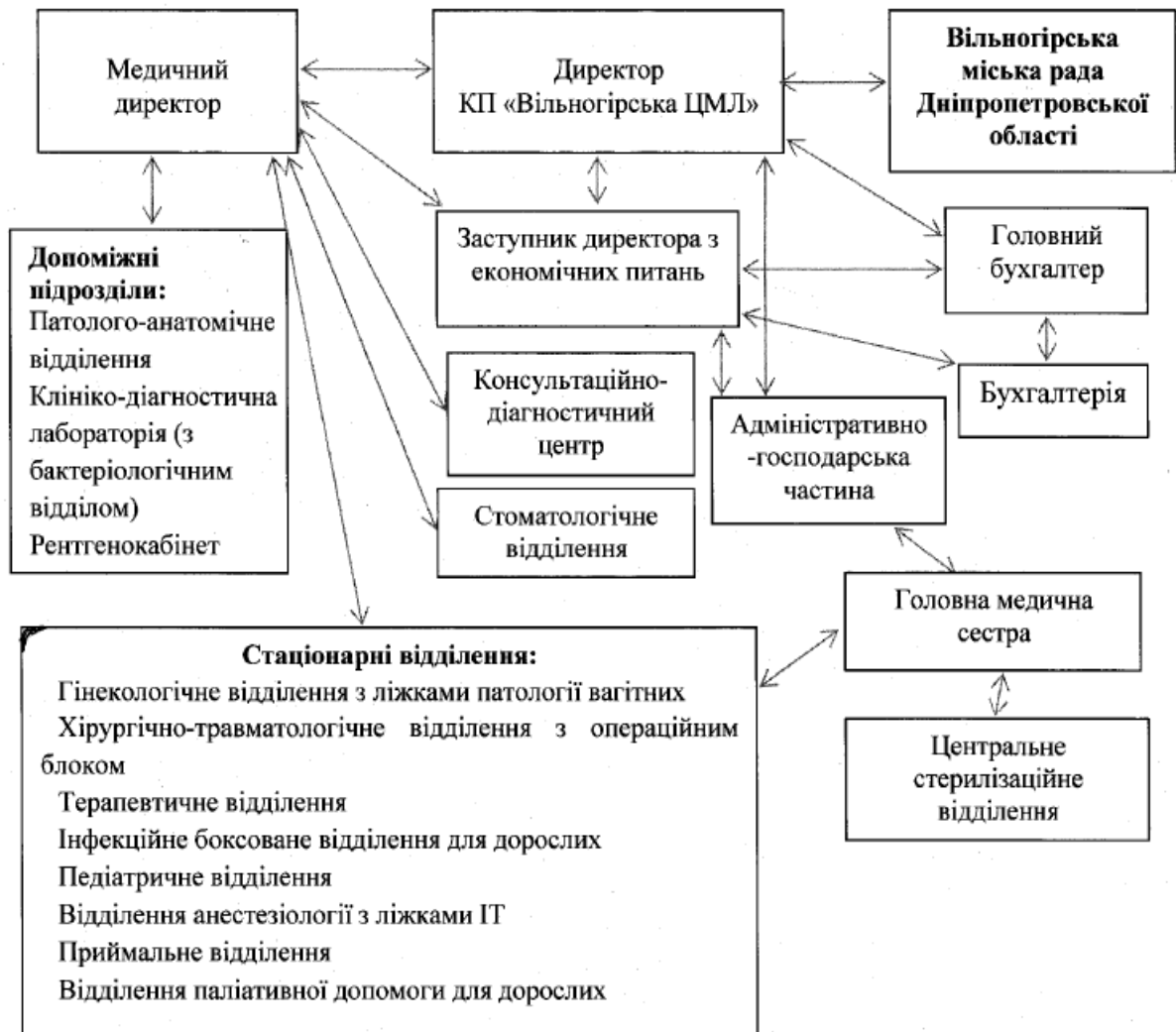


Рис. 3.1. Організаційна структура комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області [21]

Ефективність застосування таких програмно-цільових підходів (зокрема, стратегічного та проектного менеджменту, управління ризиками тощо) до управління закладами охорони здоров'я вже доведена світовою практикою.

3.2. Роль міських цільових програм у підвищенні якості надання медичних послуг Вільногірській громаді

Останнім часом у Вільногірській міській територіальній громаді, як і в цілому по країні, незадовільний стан здоров'я населення характеризується низьким рівнем народжуваності, високою смертністю, від'ємним природним приростом і демографічним старінням населення.

На фоні воєнного стану, проголошеному в Україні 24.02.2022 р. у зв'язку з воєнною агресією РФ, а також з урахуванням несприятливих демографічних змін тощо відбувається подальше погіршення стану здоров'я населення з істотним підвищенням в усіх вікових групах рівнів захворюваності і поширеності хвороб, зокрема притаманних довоєнному стану – хронічних неінфекційних захворювань, включаючи хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, хронічні захворювання нирок, опорно-рухового апарату та інші хвороби.

На хронічну патологію страждають до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення. Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану здоров'я молоді та переважно чоловічої частки населення, що пов'язано із війною та травмами, а також збільшення частки соціально-небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІДу тощо. Зростання захворюваності населення відбувається також внаслідок поширення чинників ризику, зокрема тютюнокуріння, зловживання алкоголем і вживання наркотиків, передусім серед осіб молодого віку.

Слід зазначити, що саме з метою підвищення ефективності менеджменту закладів охорони здоров'я та якості надання ними медичних послуг у місті Вільногорську діє Міська цільова Програма «Здоров'я населення м. Вільногірськ на 2020 – 2024 роки», затверджена рішенням Вільногірської міської ради Дніпропетровської області від 19 грудня 2019 року № 1747-76/VII (зі змінами) [18], мета якої полягає у досягненні максимально можливого рівня здоров'я жителів Вільногірської міської

територіальної громади, незалежно від їх віку, статі, соціального статусу, зміцнення і охорони здоров'я мешканців Вільногірської міської територіальної громади протягом усього життя (у додатку В наведено Паспорт зазначеної міської цільової програми).

Міська цільова Програма «Здоров'я населення м. Вільногірськ на 2020 – 2024 роки» (далі – Програма) розроблена для покращення надання послуг в сфері охорони здоров'я відповідно до Конституції України, Цивільного кодексу України, Господарського кодексу України, Бюджетного кодексу України, Законів України «Основи законодавства про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби», «Про екстрену медичну допомогу», постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року №211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID – 19» (із змінами), розпоряджень Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України», від 31 жовтня 2011 року № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» та інших нормативно-правових актів, з метою забезпечення конституційного права на охорону здоров'я [18].

Актуальність Програми продиктована необхідністю поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення шляхом підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги з пріоритетним напрямом профілактики та лікування хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань, в порядку та обсягах, встановлених законодавством, поліпшення матеріально-технічної бази розвитку та

необхідністю створення сприятливих умов для здійснення модернізації галузі охорони здоров'я Вільногірської міської територіальної громади.

Основним підходом до розвитку підприємств галузі охорони здоров'я Вільногірської міської територіальної громади є створення належних відповідних умов надання якісної, своєчасної медичної допомоги. Одним із основних заходів впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я є реорганізація комунальних медичних закладів у повноцінні суб'єкти господарської діяльності та заключення договорів за програмою медичних гарантій з Національною службою здоров'я України. Запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом», а не інфраструктурою закладів охорони здоров'я.

Зазначене вже зроблено, і в 2020 р. місцевий медичний заклад було реорганізовано у комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області.

Для забезпечення повноцінного функціонування комунальних підприємств під час переходу на нові умови фінансування необхідні кошти для придбання предметів, матеріалів, сучасного медичного обладнання та інвентарю, медикаментів та перев'язувальних матеріалів, оплати послуг, у тому числі комунальних, проведення поточних та капітальних ремонтів, матеріальної мотивації праці медичних працівників та ін.

Покращення якості медичної допомоги можливо лише при впровадженні нових інноваційних методів лікування, закупівлі сучасного медичного обладнання та матеріальній мотивації праці медичних працівників. Досягнення даної мети можливо лише за умови раціонального використання наявних фінансових та кадрових ресурсів, консолідації бюджетів різних рівнів для оплати послуг, які будуть надаватися комунальними підприємствами охорони здоров'я Вільногірської міської територіальної громади, а також, що є головним – підвищення ефективності діяльності менеджерів даного медичного закладу.

Прийняття Програми створює правові засади для запровадження фінансування заходів Програми за рахунок коштів державного, обласного та міського бюджету та інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Як зазначалося вище, мета Програми полягає у досягненні максимально можливого рівня здоров'я жителів Вільногірської міської територіальної громади, незалежно від їх віку, статі, соціального статусу, зміцнення і охорони здоров'я мешканців Вільногірської міської територіальної громади протягом усього життя [18]. Отже, метою Програми є поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення шляхом підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, з пріоритетним напрямом профілактики та лікування хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань, найбільш значущих у соціально-економічному та медико-демографічному плані класів і нозологічних форм хвороб, забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної медичної допомоги, поліпшення фінансового забезпечення комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області» та комунального підприємства «Вільногірський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області.

У Програмі визначено основні шляхи розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я населення Вільногірської міської територіальної громади, зниження рівнів захворювання, інвалідності, смертності, а саме [18]:

- проведення активної демографічної політики, охорони материнства та дитинства;
- упровадження сучасних методів лікування у практику охорони здоров'я;

- забезпечення найбільш соціально уразливих верств населення з важкими захворюваннями медикаментами та витратними матеріалами для поліпшення якості життя;

- надання кваліфікованої ургентної та планової стаціонарної і спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги, а також лікувально-профілактичної допомоги у відповідності з договорами про надання медичних послуг мешканцям Вільногірської міської територіальної громади;

- поліпшення фінансового забезпечення комунальних підприємств галузі охорони здоров'я Вільногірської міської територіальної громади.

У додатку Г наведено перелік завдань та заходів щодо реалізації зазначеної Програми на період до 2024 року. Впровадження програмних заходів дасть можливість зосередити бюджетні кошти на найважливіших напрямках охорони здоров'я та продовжувати позитивно впливати на показники здоров'я населення міста Вільногірської міської територіальної громади.

Планувалося, що виконання Програми здійснюватиметься протягом 2020 – 2024 років у межах наявних і залучених матеріально-технічних та фінансових ресурсів. Але ж на цей час, ураховуючи умови, в яких здійснюється діяльність даного медичного закладу, Програму буде переглянуто, і буде задіяно всі сили на лікування «наслідків війни», вчасну допомогу та реабілітацію пораненим, тяжкохворим.

Обґрунтовано і результативні показники Програми. Такі результативні показники використовуються для оцінки ефективності Програми і включають кількісні та якісні критерії, які визначають результат виконання Програми, характеризують хід її реалізації, ступінь досягнення поставленої мети та виконання завдань Програми (показники оцінки ефективності виконання Програми наведено у п. 9 паспорту Програми – додаток В).

Що стосується основних завдань і заходів Програми (додаток Г), то вони спрямовані на забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження

ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної медичної допомоги.

Ресурсне забезпечення Програми, яка почала діяти з 2020 р., не враховувало форс-мажорні обставини, і тим більш, можливість повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Фінансування виконання комплексу заходів, передбачених Програмою, мало здійснюватися за рахунок коштів державного, обласного та міського бюджету та інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Разом із тим, передбачено, що обсяг фінансування Програми визначатиметься щороку, виходячи з конкретних завдань та наявних ресурсів, і може бути уточнений під час складання проекту бюджету на відповідний рік чи у процесі його виконання. Кошти на реалізацію Програми, що передбачаються бюджетом, виділяються окремим рядком [18].

Для забезпечення ефективної організації процесів управління та контролю за ходом виконання Програми потрібні кваліфіковані менеджери-управлінці, які працюють у медичному закладі на керівних посадах. Тому відповідальність за ходом виконання Програми покладається на комунальне підприємство «Вільногірський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області та комунальне підприємство «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області».

Після закінчення установленого строку виконання Програми, але не пізніше, ніж у тримісячний термін, буде складено підсумковий звіт про результати її виконання та разом із пояснювальною запискою подано на розгляд відповідно до встановлених вимог. Координацію та контроль за виконанням Програми здійснює департамент соціально-гуманітарної політики Вільногірської міської ради Дніпропетровської області [18].

Реалізація завдань і заходів Програми дозволить поліпшити надання населенню доступної і високоякісної медичної допомоги, поліпшити демографічну ситуацію, зберегти і зміцнити здоров'я населення, забезпечити

зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, поліпшити фінансове забезпечення комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області» та комунального підприємства «Вільногірський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я у повоєнний період

Визначення основних цілей та проблем організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах сучасної медичної реформи, реалізація якої не зупинилася і у період війни, і буде продовжуватися далі у повоєнний період, узагальнення джерельної бази дослідження, зокрема, щодо підвищення ефективності кадрового потенціалу (медичних працівників вищої та середньої ланки) дозволило сформуванню низку пропозицій щодо удосконалення як системи менеджменту в охороні здоров'я, так і самої системи охорони здоров'я в цілому.

Так, урахувавши те, що після нашої перемоги пріоритетним завданням державної політики має стати забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку України, слід приділити першочергову увагу задоволенню потреб усього населення країни у відновленні діяльності медичних закладів, зруйнованих під час війни, забезпеченню відповідальності за виконання стратегічних пріоритетних завдань та розподілу завжди обмежених ресурсів в таких складних кризових умовах, у яких опинилася зараз наша країна.

Але відбудова медичних закладів – це питання, яке скоріше, вирішується ресурсами – фінансовими та людськими. Тому вже зараз потрібно думати – як найшвидше реалізувати саму реформу, як удосконалити систему менеджменту закладів охорони здоров'я, як підвищити ефективність надаваних медичних послуг.

Для цього слід здійснити і реформування інституційного забезпечення управління охороною здоров'я, яке має передбачати формування сучасної моделі медичної допомоги, зокрема, дітям, яка забезпечуватиме підвищення ефективності та якості високоспеціалізованої медичної допомоги дітям, зниження рівня дитячої та підліткової захворюваності, зниження показників дитячої інвалідності та смертності і включатиме формування підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги дітям у регіонах на базі існуючих медичних закладів: лікарняних амбулаторій; амбулаторій загальної практики – сімейної медицини; медичних пунктів; фельдшерських пунктів; фельдшерсько-акушерських пунктів; сімейних лікарів; центрів реабілітації та медичної допомоги [14].

Удосконалення мережі закладів охорони здоров'я має йти в напрямку створення підрозділів сучасної екстреної медичної допомоги в складі існуючих медичних закладів, медичних об'єднань: станції екстреної медичної допомоги; пункти екстреної медичної допомоги постійного базування; пункти екстреної медичної допомоги тимчасового базування; а також створення консультативно-діагностичних центрів на базі існуючих районних поліклінік, існуючих лікувально-профілактичних закладів; організацію інтегрованого центру високоспеціалізованої медичної допомоги.

З метою підвищення ролі сімейного лікаря та посилення мотивації залучення молоді до роботи в закладах охорони здоров'я сільської мережі доцільною є розробка та впровадження в практику регіональних програм «місцевих стимулів» для медичних працівників: пільгове кредитування на житло або забезпечення земельною ділянкою під його будівництво, отримання медичної освіти сільською молоддю на договірних умовах за рахунок коштів місцевих громад тощо [14].

Для залучення висококваліфікованих медичних працівників до роботи в закладах з надання первинної медичної допомоги населенню у сільській місцевості органам місцевого самоврядування слід поширити практику

розробки «мотиваційного пакета щодо встановлення додаткових соціальних гарантій» медичним працівникам.

Для створення умов медико-соціальної реабілітації, яка є однією з ланок загальної системи реабілітації дітей-інвалідів, що реалізується органами охорони здоров'я, управліннями соціального захисту населення та органами виконавчої влади, необхідним є розроблення програми підтримки дітей, які хворіють на рідкісні захворювання. Це сприятиме усуненню або більш повній компенсації обмежень їх життєдіяльності, відновленню їх повноцінного соціального статусу, що сприятиме зменшенню соціальної напруженості у суспільстві та поліпшенню здоров'я [14].

Метою такої програми є надання матеріальної допомоги батькам, діти яких хворіють на рідкісні захворювання, зокрема через забезпечення необхідними медичними препаратами, предмети догляду та вироби медичного призначення для покращення якості життя хворих дітей та їх соціальної адаптації.

Реалізація програми дасть змогу підвищити рівень соціального захисту, сприятиме вирішенню соціально-побутових питань хворих з рідкісними захворюваннями, знизити рівень дитячої смертності, а також надавати психологічну та фінансову підтримку батькам, діти яких хворіють на орфанні (рідкісні) захворювання.

Як зазначалося вище, у контексті підвищення ефективності управління фармацевтичними закладами доцільним є застосування новітніх управлінських технологій.

Серед сучасних моделей менеджменту для аптечних закладів найбільш перспективними можуть розглядатись: управління асортиментом та товарними залишками, збалансована система показників (Balanced Scorecard – BSC), впровадження міжнародних стандартів (зокрема, Належної аптечної практики – Goodpharmasupractice GPP та ISO 9001), управління базою даних пацієнтів, управління трудовим потенціалом підприємств, антикризове управління тощо [50].

Головним у діяльності аптечних закладів має бути надання допомоги пацієнтам, зокрема з питань застосування лікарських засобів. Основні функції GPP за міжнародним досвідом включають відпуск лікарських засобів та іншої медичної продукції гарантованої якості, надання відповідної інформації та консультації пацієнтів щодо способу застосування, протипоказання та побічних ефектів лікарських засобів.

Також слід передбачити активізацію валеологічного підходу до інституціалізації реформ охорони здоров'я, який є синергетикою валеософії (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я), валеометрії (вимірювання здоров'я), валеопрактики (оздоровлення організму) [50]. Такий підхід працюватиме на:

- профілактику здорового способу життя, підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда, а також психологічну допомогу (реабілітацію) всім, кому вона потрібна в умовах війни та повоєнний період;

- вивчення закономірностей формування індивідуального здоров'я та умов його збереження і зміцнення;

- формування нового ненасильницького і духовно-творчого мислення;

- формування здорової, активної, творчої людини, здатної впродовж всього життя самостійно зберігати, розвивати і підтримувати своє здоров'я на належному рівні.

Що стосується законодавчого та ресурсного забезпечення діяльності у сфері охорони здоров'я, то, ураховуючи, що Україна вже отримала статус країни-кандидата і працює над рекомендаціями ЄС стосовно її майбутнього повноправного членства (виконала вже понад 70 % з цих рекомендацій), необхідним є дотримання європейських принципів, вимог та цінностей і у сфері охорони здоров'я, зокрема:

- вдосконалення нормативних актів у частині забезпечення безпеки пацієнтів та їх прав;

- підвищення мотивації працівників до забезпечення безпеки медичної допомоги та якості медичних послуг;

- залучення пацієнтів до проведення досліджень щодо якості медичних послуг.

Забезпечення вищевказаних вимог сформує основи для так званої клієнто- (пацієнто-) орієнтованої моделі діяльності медичних установ та їх персоналу, що є надзвичайно актуальним у сучасних умовах здійснення медичної реформи.

Удосконалення управління безпекою працівників в медичних закладах вимагає, насамперед, активізації мотиваційної складової такого управління. Тому вважаємо за доцільне в систему «місцевих стимулів» включати [14]:

- оснащення робочого місця відповідно до табеля оснащення;
- створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників;
- максимальне наближення медичних послуг до місця проживання.

З метою забезпечення захисту медичних працівників, що працюють в особливих умовах, рекомендуємо проводити атестацію робочих місць на відповідність нормам безпеки праці. У свою чергу, для зниження та профілактики виробничого травматизму забезпечити розробку територіальних програм щодо поліпшення умов і охорони праці, а також аналогічних програм безпосередньо в організаціях охорони здоров'я.

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

Слід зазначити, що забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить, передусім, від впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. Основні джерела фінансування медичних

закладів (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) мають бути доповнені додатковими джерелами, серед яких [50]:

- благодійна допомога, кошти міжнародної технічної допомоги (гранти);
- кошти добровільного медичного страхування;
- оплата за надані медичним закладом послуги за угодами;
- надходження за послуги, які надає медичний заклад понад нормативи надання безоплатної медичної допомоги;
- оплата за послуги, надані пацієнтам за їх ініціативи;
- добровільні внески та пожертви;
- інші джерела, не заборонені чинним законодавством;
- зекономлені кошти (від функціональної діяльності шляхом забезпечення оптимальності структури витрат, перегляду організаційної структури та штатного розпису закладів медичної допомоги, укладання договорів про комерціалізацію послуг (надання послуг третіми сторонами, наприклад, телефонний запис на прийом до лікаря (кол-центр), утримання території, впровадження технологій енергозбереження (може потребувати інвестицій за рахунок місцевого бюджету або міжнародних проєктів технічної підтримки), аудиту використання приміщень закладу з метою визначення площ, які не використовуються (або використовуються неефективно) для надання їх в оренду).

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо їх відбудови у повоєнний період, оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

У контексті пошуку альтернативних джерел фінансування галузі охорони здоров'я та з метою підвищення рівня економічної доступності медичного обслуговування населення необхідно посилити роль бюджетно-страхової медицини. Оптимальна модель добровільного медичного страхування має базуватися на засадах державно-приватного партнерства, партнерських відносинах представників державного та приватного секторів у паритетному управлінні ринковими механізмами і конкуренцією як основою ринкового механізму [14].

У запропонованій моделі об'єктом управління, окрім закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, новими елементами мають стати страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку, та пацієнти, а також запровадження посади менеджера з роботи зі страховими компаніями.

Вирішення проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я лежить у площині формування цілісної державної стратегії кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, реалізація якої має здійснюватися за такими основними напрямками [50]:

- модернізація інституційної бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я шляхом розроблення з урахуванням європейських вимог професійних стандартів фахівців сфери охорони здоров'я та відповідних програм їх підготовки;

- удосконалення нормативно-правових актів щодо номенклатури лікарських спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей відповідно до світових критеріїв;

- ведення реєстру фахівців у сфері охорони здоров'я із залученням організацій професійного самоврядування та делегування їм державою функцій з планування підготовки та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики;

- забезпечення поетапного досягнення системи оптимального співвідношення медичних кадрів;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і за наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- активної співпраці з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я тощо;
- удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

З метою усунення диспропорції в кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я доцільно запровадити систему прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та пріоритетів реформування галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття (або еміграції) професійних медичних кадрів, яке під час війни особливо загострилося.

Також вважається доцільним розроблення місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, які б відповідали потребам медичної галузі в умовах забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку країни у повоєнний період, її євроінтеграції та децентралізації, а також сприяли підвищенню ефективності управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я шляхом [14]:

- удосконалення (розроблення) професійних стандартів фахівців охорони здоров'я, які дозволять сформувати єдині підходи до встановлення нормативів з різних розділів медичної, соціальної, психологічної допомоги і сприятимуть раціональному використанню людських ресурсів охорони здоров'я;
- вироблення прозорих критеріїв оцінювання діяльності медичного персоналу за всіма категоріями посад та виконуваних професійних робіт медичної практики;

– удосконалення системи мотивацій і стимулів та розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я.

Базовим принципом розвитку системи мотивації праці має стати не шаблонний (стандартизований) підхід, а індивідуалізація мотивації до якісної праці кожного працівника, що дозволить йому розкритися як творчій особистості з орієнтацією на досвід, кваліфікацію, професійні якості, належність до реалізації місії закладу.

Пріоритетними заходами у формуванні мотиваційного механізму мають стати [50]:

- формулювання цілей та завдань мотивації медичного персоналу;
- ідентифікації мотиваційних потреб і цілей особистісного розвитку працівників та їх узгодження з цілями розвитку закладу охорони здоров'я;
- формування мотиваційного механізму та вироблення критеріїв якості його функціонування;
- оцінка результативності впровадженого мотиваційного механізму та внесення коригувальних заходів для підвищення дієвості;
- постійний моніторинг мотиваційних потреб працівників медичної сфери та підтримка діючого мотиваційного механізму в актуальному стані;
- удосконалення підготовки та безперервного професійного розвитку кадрів системи охорони здоров'я.

Як зазначалося у попередньому підрозділі, на сучасному етапі трансформаційних змін у галузі необхідно організувати систему безперервної підготовки управлінських кадрів охорони здоров'я, включаючи галузевих адміністраторів, менеджерів і економістів, здатних самонавчатися і адаптуватися до умов, в яких їм належить функціонувати, зокрема, в умовах війни та у повоєнний період.

Зазначене вимагає оновлення змісту і форми підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я, дуалізації освіти в процесі підготовки

фахівців, урізноманітнення формальних та неформальних (альтернативних) форм навчання та в навчанні протягом усього життя; широкого використання онлайн платформ і форм навчання, короткотривалих семінарів з підвищення кваліфікації з окремих напрямів організації медико-санітарної допомоги, економіки, фінансування, стратегічного планування та проектування, трудового і медичного права, проблем громадського здоров'я тощо.

Особливу увагу слід приділити упровадженню інноваційних підходів та технологій управління системою охорони здоров'я, адекватних процесам трансформаційних змін в медичній галузі. Зазначене має передбачати розробку та затвердження доктрини формування управлінського потенціалу галузі [14] та системи єдиного стандарту підготовки управлінських кадрів для забезпечення модернізації сфери охорони здоров'я як складової стратегії національної безпеки.

Як зазначалося вище, сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні:

- ґрунтовні знання технологій менеджменту ресурсів, насамперед людських та фінансових;
- навички застосування новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проектного управління, а також управління якістю, результативністю та потенційно можливими ризиками діяльності;
- володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості професійної медичної діяльності;
- здатності до застосовування ефективних комунікативних технік та сучасних технологій контролю;
- навички запровадження інноваційних (альтернативних) підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

Саме тому навчання медичних працівників на управлінських спеціальностях, зокрема, у галузях знань 28 «Публічне управління та адміністрування» (спеціальність 281 «Публічне управління та

адміністрування») та 07 «Управління та адміністрування» (спеціальність 073 «Менеджмент») є надзвичайно важливим для забезпечення якості діяльності закладів охорони здоров'я.

Також для вдосконалення менеджменту у сфері охорони здоров'я доцільно розробити концепцію стратегічного управління в інтересах громадського здоров'я (governance for health), необхідну для покращення координації й інтеграції діяльності держави в сфері охорони здоров'я.

Реалізація нових підходів до стратегічного управління в інтересах здоров'я може здійснюватися в рамках вироблених світовою практикою формах [14]:

- керівництво через співпрацю;
- керівництво через залучення громадян;
- керівництво через регламентування і переконання;
- керівництво через незалежні установи та експертні органи;
- керівництво за допомогою адаптивних стратегій, стійких структур і передбачення.

Наступним напрямом удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я є запровадження механізмів якісного управління закладом охорони здоров'я і засад та впровадження елементів професійного менеджменту як гармонійного поєднання всіх його складових: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну

модель діяльності, доцільним є впровадження таких заходів на різних рівнях публічного управління. Так, на рівні держави слід запровадити:

- вироблення державної політики якості медичної допомоги та орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем її підвищення, гарантування доступності та безпеки;

- розроблення чітких критеріїв якості медичної допомоги, встановлення вимог до її забезпечення та регламентація відповідальності за неналежну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;

- підтримку та сприяння формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості та безпеки;

- прискорення запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління.

У свою чергу, на рівні закладу охорони здоров'я слід забезпечити наступне [13; 15; 35; 50]:

- активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління (такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращення (AssociatesinProcessImprovement) [13];

- упровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх

документальне оформлення. Проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів;

- здійснення постійного моніторингу всіх змін в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;

- забезпечення постійного професійного розвитку медичного персоналу, посилення його мотивації та задоволеності роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;

- створення умов для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини; забезпечення впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

- формування організаційної культури, відкритої до постійного впровадження змін у напрямі поліпшення якості надання медичної допомоги, створення команди фахівців, здатних очолити процеси поліпшення якості у всіх підрозділах закладу;

- запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги;

- удосконалення системи внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та впровадження внутрішнього аудиту якості як безперервного процесу покращання діяльності медичної установи [13].

Під час реалізації та коригування стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та стратегічного управління розвитком лікувальних закладів необхідно зосередитись на сукупності тактичних та оперативних завдань, зокрема щодо першочергового вирішення проблем охорони здоров'я, а саме:

- удосконалення системи підготовки спеціалістів-менеджерів охорони здоров'я;

- запровадження проєктного підходу до реалізації стратегічних та оперативних цілей та завдань [2; 45; 49];

- забезпечення економічного блоку перетворень (розробка методики ціноутворення, механізмів фінансування різних типів медичних закладів і ін.);

- створення повноцінної системи стандартизації в охороні здоров'я;

- забезпечення системи соціального захисту лікарів;

- запровадження адекватної сучасним умовам системи адміністративного менеджменту та інноваційних технологій управління в медичних закладах;

- впровадження секторального підходу в систему управління охороною здоров'я шляхом активізації відносин зі стейкхолдерами, об'єднаних загальними інтересами в інтересах здоров'я, та запровадження спільних (міжсекторальних) дій з підвищення якості медичної допомоги та процесу її надання.

З метою конкурентного позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг доцільним є впровадження в управлінську діяльність медичних установ та організацій елементів стратегічного бенчмаркінгу як безперервного циклу планування, координації, мотивації, методів роботи та оцінки дій з метою удосконалення діяльності, підвищення якості надання медичної допомоги та посилення конкурентних переваг на ринку медичних послуг [50].

Інноватизація інструментів менеджменту закладів охорони здоров'я повинна мати в своїй основі маркетингові підходи, що враховують галузеву та професійну специфіку діяльності медичних закладів [12]. Формування сучасних моделей маркетингового управління закладами охорони здоров'я слід орієнтувати на систему ринкових взаємовідносин між споживачем медичних послуг – пацієнтом (клієнтом) та виробником (надавачем) цієї послуги – лікарем (працівником медичного закладу). Формалізація цих взаємовідносин згідно з чинними нормативно-правовими вимогами має здійснюватись шляхом укладання угод (контрактів) щодо обслуговування на

основі дотримання відповідних стандартів надання медичних послуг, шляхом впровадження систем управління якістю, стандартизації та сертифікації медичних послуг, ліцензування та акредитації медичних установ, атестації медичних працівників та інших засобів організаційно-розпорядчого, регламентуючого впливу та адміністративного менеджменту.

Реалізація маркетингової моделі менеджменту закладів охорони здоров'я має передбачати формування вартості медичних послуг. У цьому випадку мають поєднуватись інструменти державного регулювання цін та засоби ринкового ціноутворення; досягатись консенсус між забезпеченням соціальної функції держави (зокрема, в частині конституційного права громадян на безоплатну медицину) та досягненням економічної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів як суб'єктів діяльності на ринку [14].

В організації матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я доцільним є застосування логістичного менеджменту, на основі здійснюваних дій з оптимізації технічних та технологічних структур медичних складів та баз на основі автоматизованих гнучких робото-технічних систем; прогнозування попиту та пропозиції на медичне майно під час стратегічного планування діяльності логістичних систем; аналізу моделей логістичних систем та дослідження стійкості їхнього функціонування; комплексної оптимізації транспортування та розподілу медичного майна, яка передбачає обґрунтування та створення мереж складських систем та ідентифікацію зон забезпечення; організації взаємодії клінік зі службою швидкої допомоги в режимі реального часу.

Такий підхід дасть змогу оптимізувати потік хворих до лікарень, вбереже від перенавантаження, дозволить підготувати персонал та обладнання до прийняття важкохворих, постраждалих у важкому стані тощо.

Також з метою узгодження заходів медичної реформи та процесів євроінтеграції у повоєнний період доцільно продовжувати активізацію потенціалу міжмуніципального співробітництва та створення госпітальних округів. На сьогодні вже розроблені та затверджені Кабінетом Міністрів України план-схеми створення госпітальних округів по областях. Відповідно до цього в областях створено певну кількість госпітальних округів. Для цього місцевими органами державної виконавчої влади проведені попередні розрахунки забезпечення стаціонарними ліжками та розроблений план оптимізації ліжкового фонду закладів охорони здоров'я області з відповідним фінансовим обґрунтуванням. Найбільші резерви їх оптимізації вбачаються саме на рівні районних лікарень шляхом об'єднання вузькоспеціалізованих ліжок у складі єдиних загально-хірургічних відділень, що дасть можливість вивільнити ліжка, уникнути дублювання на рівні центральних районних та районних лікарень (зокрема, загально-хірургічні, акушерські).

Необхідним є продовження процесів реформування мережі малопотужних лікарняних закладів, а саме дільничних лікарень в амбулаторії загальної практики – сімейної медицини. Створення єдиних медичних територіальних просторів забезпечує концентрацію матеріальних та людських ресурсів у наданні високоякісної медичної допомоги.

У рамках розробки і реалізації стратегічного плану розвитку госпітального округу доцільним є вироблення управлінських механізмів комплексного вирішення завдань щодо [50]:

- органічного включення цілей стратегічних планів розвитку госпітального округу в стратегію розвитку регіону та стратегічні плани міжмуніципального співробітництва;

- формування мережі закладів охорони здоров'я на основі їх перепрофілювання й реорганізації, оптимального розподілу функціональних повноважень між ними, забезпечення надання всього комплексу медичних послуг;

- розширення джерел фінансування розвитку госпітальних округів, ефективного використання і поєднання ресурсів у рамках вироблення дієвих механізмів публічно-приватного партнерства;

- ефективного використання матеріально-технічної бази лікарняних закладів для надання поряд з медичними соціальних послуг людям похилого віку, людям з інвалідністю, учасникам бойових дій;

- оснащення закладів охорони здоров'я новітнім обладнанням, підвищення гнучкості в організації їх роботи і забезпечення на цій основі здатності адаптивного реагування на внутрішні соціальні та зовнішні ризики;

- система менеджменту закладів охорони здоров'я має ґрунтуватись на сучасних інформаційних технологіях, серед яких електронна система охорони здоров'я eHealth та інші, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією.

Слід зазначити, що впровадження таких електронних систем в діяльність медичних закладів надає змогу пацієнтам швидко отримувати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Система міститиме всю медичну історію пацієнта та буде доступною як пацієнту, так і його лікарям. Медичні заклади зможуть обирати будь-яку медичну інформаційну систему з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента системи «eHealth». При цьому комерційні медичні інформаційні системи гарантовано надаватимуть весь базовий пакет електронних сервісів.

З метою забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів доцільно закласти в основу формування моделі управління їх розвитком міжсекторальний управлінський підхід як спосіб виявлення і реалізації нових можливостей вирішення назрілих проблем на основі узгодження інтересів та інтеграції зусиль громадських, владних, бізнесових інституцій.

У контексті удосконалення надання соціально-медичних послуг – забезпечувати конструктивність міжсекторальної управлінської взаємодії влади, бізнесу і громадськості при виробленні й реалізації стратегії розвитку госпітальних округів через [14]:

- ефективне використання механізмів публічного-приватного партнерства;
- досягнення синергетичного ефекту від взаємодії органів виконавчої влади і місцевого самоврядування при вирішенні завдань ресурсного забезпечення реалізації проєктів у сфері охорони здоров'я;
- залучення до розробки прогнозних і програмних документів фахівців дотичних міжвідомчих структур, експертів науково-дослідних установ, представників громадських організацій;
- розвиток і використання потенціалу таких форм взаємодії органів влади та громадських інституцій у питаннях підвищення якості та доступності медичних послуг, як: консультації з громадськістю;
- залучення представників громадськості до складу госпітальних рад;
- участь громадських організацій у розробці проєктів у рамках реалізації стратегії розвитку госпітальних округів;
- громадські експертизи і моніторинги, громадські слухання. інформаційні запити до органів влади тощо.

Для удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я також пропонується орієнтувати всіх суб'єктів міжсекторальної співпраці щодо розвитку госпітальних округів на активну участь у реалізації базових функцій реалізації управлінських механізмів, а саме [50]:

- регулятивної – вироблення важелів і способів стимулювання налагодження відносин між суб'єктами взаємодії у процесі вирішення завдань розвитку охорони здоров'я;

– превентивної – реалізація можливостей співпраці щодо запобігання прояву загроз при виробленні й реалізації стратегічних цілей розвитку госпітальних округів;

– інтегративної – об'єднання ресурсів на засадах партнерства при реалізації проєктів розвитку;

– діагностичної – виявлення і представлення інтересів та можливостей суб'єктів міжсекторальної співпраці та ідентифікація проблем, що потребують першочергового вирішення;

– інноваційної – пошук і запровадження інноваційних технологій в контексті досягнення мети створення госпітальних округів.

Зміни в сфері охорони здоров'я мають відповідати принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Європейського Союзу. Ці аспекти накладають певні обов'язки щодо компетенцій та компетентностей управлінців сфери охорони здоров'я у соціально-гуманітарних питаннях і вимагають отримання ними відповідних теоретичних знань та практичних навичок управлінської діяльності.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі досліджено історичні та організаційно-управлінські засади розвитку системи охорони здоров'я в Україні та світі; визначено основні цілі та проблеми організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи; проаналізовано державну кадрову політику під час реформування галузі охорони здоров'я; охарактеризовано роль навчання на управлінських спеціальностях керівників-менеджерів закладів охорони здоров'я; запропоновано шляхи вдосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я.

Так, показано, що значення сфери охорони здоров'я як ефективного чинника внутрішньої політики суспільства підвищується на тлі формування перших держав – вже там встановлюються гігієнічні та протиепідемічні правила, робляться спроби регламентувати лікувальну допомогу. Зазначені правила передбачали ізоляцію хворих на епідемічні хвороби; контроль за кваліфікацією лікарів і охорону їх прав щодо лікувальної практики; встановлення відповідальності за незаконне лікування, лікарські помилки тощо. В Україні система охорони здоров'я також існувала дуже давно, і вже за часів Київської Русі було створено кілька закладів для стаціонарної медичної допомоги, поступово склалися умови для підготовки лікарів у країні, залучалися до такої підготовки й іноземні фахівці.

Проаналізовано досвід організації системи охорони здоров'я в провідних європейських країнах. Показано, що найефективнішою системою охорони здоров'я, за висновками ВООЗ, є французька модель системи охорони здоров'я.

Що стосується безпосередньо організації та управління діяльністю у сфері охорони здоров'я, зокрема, у цей складний для нашої країни період, пов'язаний із повномасштабним вторгненням РФ в Україну, то узагальнення досвіду провідних країн світу у проведенні медичної реформи дозволило констатувати, що незважаючи на різноманіття форм організації медичної допомоги у світовій економіці, єдиної універсальної моделі дотепер не

напрацьовано. Кожна країна використовує свою модель, яка найбільше задовольняє потреби її населення. Тому реформування системи охорони здоров'я в Україні буде мати позитивний результат, якщо національні переваги і традиції поповняться ефективним використанням різних зарубіжних напрацювань. Так, наприклад, досвід Великої Британії вказує на важливість ефективного перерозподілу суспільних видатків упродовж певного часу на користь охорони здоров'я, а досвід країн з приватно-страховою медициною вказує на резерви збільшення економічної ефективності охорони здоров'я.

В Україні охорону здоров'я проголошено одним із пріоритетних напрямів діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я у країні та забезпечує її реалізацію. Разом із тим, розпочата декілька років тому медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я.

Особливо ці проблеми загострилися під час війни, нав'язаної країною-агресоркою – рф. Так, окрім організаційних, фінансових та інших проблем з'явилося дуже велике навантаження на працівників медичних закладів, пов'язане, насамперед, з руйнуванням останніх, і не тільки на окупованих територіях, а й по всій країні, а також з необхідністю лікування та реабілітації дуже великої кількості ранених воїнів, тяжкохворих цивільних громадян, членів їх сімей.

Так, станом на початок липня 2022 р. російські окупанти пошкодили понад 600 лікарень, з них понад 100 медичних закладів зруйновано повністю. Також на той час було зруйновано або пошкоджено близько 400 аптечних закладів – вони і досі не працюють. На відновлення зруйнованих російською

армією українських лікарень знадобиться не менше 32 млрд грн. Скільки це буде після війни – сказати поки ще складно. Але, відновлення роботи закладів охорони здоров'я є одним із стратегічних пріоритетів нашого Уряду у повоєнний період.

У роботі визначено ключові цілі та проблеми організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах війни та повоєнний період відповідно до європейських принципів та цінностей. Обґрунтовано їх роль у модернізації системи менеджменту охорони здоров'я в цілому.

Так, ураховуючи те, що після перемоги пріоритетним завданням державної політики має стати забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку України, слід приділити першочергову увагу задоволенню потреб усього населення країни у відновленні діяльності медичних закладів, зруйнованих під час війни, забезпеченню відповідальності за виконання стратегічних пріоритетних завдань та розподілу завжди обмежених ресурсів в таких складних кризових умовах, у яких опинилася зараз наша країна.

Разом із тим, відбудова медичних закладів – це питання, яке скоріше, вирішується ресурсами – фінансовими та людськими. Тому вже зараз потрібно думати – як найшвидше реалізувати саму реформу, як удосконалити систему менеджменту закладів охорони здоров'я, як підвищити ефективність надаваних медичних послуг.

У результаті проведеного аналізу було зроблено висновок, що медичну реформу треба продовжувати. Це потрібно для відновлення та розвитку системи охорони здоров'я. Треба запроваджувати сучасні технології менеджменту (адміністративного, кадрового, фінансового, інформаційного, інноваційного, комунікаційного) в медичних закладах, вдосконалювати форми міжсекторної та міжмуніципальної співпраці. Це потрібно і для більш швидкого входження України в ЄС.

На прикладі комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області проаналізовано важливість реорганізації закладу охорони здоров'я у

контексті реалізації медичної реформи та роль міських цільових програм у підвищенні якості надання медичних послуг громаді.

Показано, що реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Визначено недоліки кадрового забезпечення медичної галузі, серед яких, зокрема, низька якість підготовки медичних кадрів; зниження рівня кваліфікації медичних кадрів; відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності; невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери.

Зроблено висновок, що досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, зокрема, у повоєнний період. Досягнення такого рівня можливе на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ, а також посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; відповідного рівня ресурсного, матеріально-технічного й фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я.

Доведено, що сучасним керівникам медичних закладів, зокрема в умовах євроінтеграції нашої країни, потрібні ґрунтовні знання та навички з основ стратегічного управління та менеджменту, планування кадрових ресурсів для закладу охорони здоров'я; фінансування закладів охорони здоров'я; забезпечення якості медичних послуг; налагодження ефективних комунікацій тощо.

Для підготовки таких лікарів-професіоналів у вітчизняних закладах вищої освіти здійснюється навчання за відповідними освітньо-професійними програмами галузей знань: 28 «Публічне управління та адміністрування» та 07 «Управління та адміністрування». У результаті навчання здобувачі отримують відповідні загальні та фахові компетентності. Наведено приклади

освітньо-професійних програм за цими напрямками, показано, які освітні компетентності є найбільш важливим для керівників закладів охорони здоров'я.

За результатами проведених досліджень було підготовлено низку пропозицій щодо вдосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, до яких, зокрема, віднесено: впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту; формування цілісної державної стратегії кадрового забезпечення системи охорони здоров'я; реалізація системи прогнозування за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та пріоритетів реформування галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; розроблення місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, які б відповідали потребам медичної галузі в умовах євроінтеграції та у повоєнний період; підвищення ефективності управління людськими ресурсами охорони здоров'я тощо.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що зміни в сфері охорони здоров'я мають відповідати принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Євросоюзу. Ці аспекти накладають певні обов'язки щодо компетенцій та компетентностей управлінців сфери охорони здоров'я і вимагають отримання ними відповідних теоретичних знань та практичних навичок управлінської діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Бородін Є.І., Чикаренко І.А. Розвиток проєктних компетентностей публічних службовців: досвід реалізації он-лайн навчання // Сталий розвиток територій: проблеми та шляхи вирішення: матер. наук.-практ. конф., 21 жовтня 2016 р., м. Дніпро. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2016. С. 187–189.
3. Горачук В.В. Сучасні моделі управління якістю медичної допомоги: презентації до лекцій // Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; Кафедра управління охороною здоров'я, 2020. URL: <https://nmapo.edu.ua/uk/educational-programs/moz-mag/Lecture1.pdf>.
4. Груб'як О.М. Юрій Дрогобич (Котермак) : бібліогр. покажч. / уклад. О. М. Груб'як ; редактор С. Ю. Фартушок ; відп. за випуск М. М. Дмитрів; ДДПУ ім. Івана Франка, Бібліотека. – Дрогобич: РВВ ДДПУ ім. Івана Франка, 2017. 80 с.
5. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
6. Добродія Євпраксія Мстиславівна – перша жінка-лікар в історії Русі-України // Жіночий лікар. 2010. № 1. С. 49–51. URL: <https://z-l.com.ua/upload/journals/27/1-2010site13.pdf>.
7. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку // Державне управління: удосконалення та розвиток: електр. наук. фахове видання. 2015. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>
8. Єкатеринославська губернія // Історичний календар Дніпра. URL: https://gorod.dp.ua/history/isc/event_ru.php?event=855.

9. Заклади охорони здоров'я: статистична інформація Головного управління статистики у Дніпропетровській області. 2021. URL: <http://dneprstat.gov.ua/statinfo%2021/oz/include/oz1.pdf>

10. Зміни до Переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13187-pro_20190626_1_dod.pdf.

11. Камінська В.М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні // Економічна теорія. 2015. № 1 (20). С. 38–48.

12. Лашенко О., Шаров Ю. Муніципальний маркетинг в системі муніципального управління // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. Д. : ДРІДУ ПАДУ, 2005. Вип. 1 (19). С. 236–245.

13. Маматова Т. В. Управління на основі якості : Методологічні засади для органів державного контролю : монографія. Дніпро : Свідлер А. Л., 2009. 326 с.

14. Менеджмент системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи // Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА. URL: <https://uozter.gov.ua/ua/news-1-0-741-modernizaciya-menedzhmentu-sistemi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ya-v-umovah-provedennya-medichnoi-reformi>.

15. Менеджмент якості в органах місцевого самоврядування : монографія / О. Бортнік, С. Квітка, Т. Маматова, С. Серьогін ; за заг. ред. С. Серьогіна. Дніпро: Грані, 2015. 140 с.

16. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Дата звернення: 10.10.2022. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.

17. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>.

18. Міська цільова Програма «Здоров'я населення м. Вільногірськ на 2020 – 2024 роки»: затверджена рішенням Вільногірської міської ради Дніпропетровської області від 19 грудня 2019 року № 1747-76/VII (зі змінами).

19. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

20. Національний технічний університет «Дніпровська політехніка». URL: <https://www.nmu.org.ua/ua/>.

21. Організаційна структура комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області: рішення Вільногірської міської ради Дніпропетровської області «Про затвердження структури комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області від 25.06.2020 р. № 1927-84/VII.

22. Освітні програми / Кафедра державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління НТУ «Дніпровська політехніка». Дата звернення: 28.10.2022. URL: <https://palsg.nmu.org.ua/ua/>.

23. Освітня програма магістра «Менеджмент в охороні здоров'я» // Донецький державний університет управління. Дата звернення: 28.10.2022. URL: <https://dsum.edu.ua/uk/educational-programs/moz-mag>.

24. Освітньо-наукова програма «Менеджмент в охороні здоров'я» / Спеціальність 073 Менеджмент // Національний університет «Києво-Могилянська академія». 2021. URL: <https://www.ukma.edu.ua/ects/index.php/fsnst/135-2018-06-13-09-07-54/menedzhmentoz/270-2018-11-01-11-03-23>.

25. Освітньо-професійна програма «Менеджмент в охороні здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент» галузі знань 07 «Управління та адміністрування», 2022 // Кафедра державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління НТУ «Дніпровська політехніка». Дата звернення: 28.10.2022. URL: <https://palsg.nmu.org.ua/ua/>.

26. Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування» другого (магістерського) рівня вищої освіти за

спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування», 2022 // Кафедра державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління НТУ «Дніпровська політехніка». Дата звернення: 28.10.2022. URL: <https://palsg.nmu.org.ua/ua/>.

27. Освітньо-професійна програма «Адміністративний менеджмент», спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти // Національний університет біоресурсів і природокористування, 2021. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u284/aaa_073_cn14iissgaago_14nnna14ng_14nn_14au_2020.pdf.

28. Освітньо-професійна програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я» за спеціальністю 073 «Менеджмент» для підготовки здобувачів вищої освіти на другому (магістерському) рівні // Західноукраїнський національний університет, 2021. URL: <https://www.tneu.edu.ua/pdf/zvit2021/medzhment-zakladv-ohoroni-zdorovja-1.pdf>.

29. Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування» // Національна академія державного управління при Президентові України, 2020-2021 н.р. URL: <http://academy.gov.ua/?lang=ukr&tip=dop&tipn=&page=68>.

30. Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування» // Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, 2020-2021 н.р. URL: <http://www.dridu.dp.ua/>.

31. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

32. Повість временних літ : Літопись // Інститут історії України Національної академії наук України. URL: http://history.org.ua/?termin=Povist_vremenykh.

33. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : закон України № 2002-VIII від 06.04.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>.

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // Відом. Верховної Ради. 2018. № 5. Ст. 31.

35. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427. URL: <https://moz.gov.ua/>.

36. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р // Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/250432586>

37. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.01.2020 № 111-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80>.

38. Програма медичних гарантій: особливості реалізації з 01 липня 2022 року. Дата звернення: 07.10.2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/prohrama-medychnykh-harantii-osoblyvosti-realizatsii-z-1-lypnia-2022-roku>.

39. Реорганізація комунальних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства: переваги та особливості. URL: <https://health-ua.com/article/36064-reorganizatsiya-komunalnih-zakladiv-ohoroni-zdorovya-v-komunalni-nekomertcijn-pdp>

40. Реформа медичної галузі: як наповнити пропозиції справами? URL: <http://www.radiosvoboda.org/a/28237603.html>.

41. Скалецька З. Про безпеку та захист прав пацієнтів / Зоряна Скалецька // Український медичний часопис. 16.11.2020. URL: <https://www.umj.com.ua/article/162362/zoryana-skaletska-pro-bezpeku-ta-zahist-prav-patsiyentiv>.

42. Скільки грошей потрібно на відбудову зруйнованих окупантами лікарень. Дата звернення: 07.10.2022. URL: <https://medicine.rayon.in.ua/news/515180-lyashko-povidomiv-skilki-groshey-potribno-na-vidbudovu-zruynovanih-okupatami-likaren>.

43. Стартував навчальний курс «Менеджмент медичного підприємства», 2022. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/startuvav-navchalnij-kurs-menedzhment-medichnogo-pidприємства>.

44. Статут комунального підприємства «Вільногірська центральна міська лікарня» Вільногірської міської ради Дніпропетровської області: Ідентифікаційний код: 01987907 – затверджено рішенням Вільногірської міської ради від 25.06.2020 р. № 1927-84IVII.

45. Управління стратегічним розвитком об'єднаних територіальних громад: інноваційні підходи та інструменти : монографія / С. М. Серьогін, Ю. П. Шаров, Є. І. Бородін, Н. Т. Гончарук [та ін.] ; за заг. та наук. ред. С. М. Серьогіна, Ю. П. Шарова. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2016. 276 с.

46. Франція і Німеччина найбільше витрачають на охорону здоров'я серед країн ЄС // Європейська правда. Міжнародна безпека та євроінтеграція України. 03.09.2020. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2020/09/3/7100371/>.

47. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління // Державне управління та місцеве самоврядування. 2017. № 1 (20). С. 133–145.

48. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/statistic/centr-medichnoi-statistiki-moz-ukraini>.

49. Чикаренко І.А. Методологічні засади розробки стратегії регіонального розвитку: досвід Дніпропетровської області / І.А.Чикаренко, Т.В.Маматова, О.О.Чикаренко // Інноваційний розвиток і підвищення рівня спроможності об'єднаних територіальних громад : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 30 жовтня – 29 листопада 2019 р. / за заг. ред. І.А. Чикаренко. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2019. 354 с.

50. Шкільняк М. М. Менеджмент системи охорони здоров'я : аналітична записка / Шкільняк М.М., Желюк Т.Л., Васіна А.Ю., Дудкіна О.П., Попович Т.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. // Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2020 р. // Вісн. Тернопільського нац. економічного ун-ту. 2020. № 4. С. 168–180.

51. ISO 9001:2008 Quality Management System – Requirements. URL: <http://intra.itild-india.com/quality/ISOStandards/ISO9001-2008-STD.pdf>.