

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П.Л.ШУПИКА**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЩИРІНА Катерина Василівна

УДК 614.23/.25:330.342.146:658.5

Дисертація
«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ
АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

222 «Медицина
22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Щиріна К.В.

Науковий керівник: Толстанов Олександр
Костянтинівич, член-кор НМАН України д.
мед. н. професор

КИЇВ – 2024

АНОТАЦІЯ

Щиріна К.В. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2023.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукова робота виконана відповідно до визначених мети, об'єкту, предметів дослідження на основі спеціальної програми, структурованої за етапами, на кожному з яких виконувались специфічні завдання із застосуванням загальнонаукових методів дослідження (системний підхід та діалектичний) та методів, визначених паспортом спеціальності «Соціальна медицина» (системного підходу і аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, експериментальний, експертних оцінок, графічний). Із матеріалів дослідження формувалась база первинних даних з їх наступною статистичною обробкою, аналізом і узагальненням.

Дисертація присвячена дослідженню організаційно-правових засад і медико-соціальному обґрунтуванню антикризового управління в закладі охорони здоров'я. Аналізуючи сучасний стан нормативно-правового забезпечення автономізації ЗОЗ України, встановлено, що процеси кризового стану ЗОЗ, які беруть свій початок з початком реформування (трансформації ЗОЗ з комунальних закладів в КНП), продовжились поглиблюватися у зв'язку з пандемією COVID-19 та зайшли в пікову стадію з початком війни росії проти України, продемонстрували відсутність законодавчих та нормативно-правових актів які б

формували основу для антикризового управління ЗОЗ. У дисертації визначено основні напрямки вдосконалення нормативно-правового забезпечення автономізації комунальних ЗОЗ: фінансування; механізм реорганізації на основі практики автономізації; відповідальність ЗОЗ; формування фінансування ЗОЗ та оптимізації медичного персоналу.

Аналізом мережі закладів охорони здоров'я, їх ресурсного, зокрема, кадрового забезпечення, та оцінкою результатів надання медичної допомоги населенню України в 2015-2019 рр., у т. ч., м. Київ, встановлено, що чисельність профільних структурних підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів скоротилася на 5,6%, рівень укомплектованості штатних посад лікарями в Україні зменшився з 90,6% до 88,6%.

Медико-статистичним аналізом доведено, що показник фінансово – економічної діяльності, кадрового забезпечення, матеріально-технічного забезпечення 2013–2020 рр. знизилась з 3,8 до 5,4 на 100 тис. нас. при стійкому трендові зростання навантаження на одне ліжко-місце. При зменшенні загальної (на 1,4%) та первинної захворюваності (на 24,8%), рівень навантаження у зв'язку пандемією значно перевищував середні показники серед населення країни (відповідно 7,9 та 6,5 на 100 тис. нас.). А з початком війни ці показники зросли в тричі. Це заглибило ЗОЗ в кризовий стан та підкреслило особливе значення антикризового управління в ЗОЗ і необхідність подальшого обґрунтування та розроблення моделі антикризового управління в ЗОЗ.

Базою проведення наукового дослідження обрано Комунальне некомерційне підприємство КНП «Чернігівська обласна клінічна лікарня» Чернігівської обласної ради та КНП «Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району» м.Києва. Бази дослідження обрані різними за рівнем надання допомоги, з метою дослідження кризового стану у різних за специфікою наданням медичної допомоги та віднесення до різних територіальних громад.

Установлено, що в КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської

обласної ради впродовж 2015-2021 рр. питома вага оперативних утручань зросла з 61,6% до 79,4%, кількість навантаження на ліжко-місце зросло з 95,5% до 96,3%. При високих показниках якості наданої медичної допомоги (зменшенні летальності з 0,04% до 0,01%, відсутності післяопераційної летальності), водночас в закладі стійко зберігалися високі показники середнього числа днів роботи ліжка (366,0-383,5) та тривалості перебування пацієнта на ліжку (12,9-12,5 днів) при відповідних середніх показниках по м. Київ 10,4-9,8 днів та по м.Чернігову 10,5-11,1 днів. Це вказало на нераціональне використання ресурсної бази.

Формуючи антикризове управління ЗОЗ, важливо розділяти взаємодію та взаємовплив між зовнішнім і внутрішнім середовищем та, власне, самими антикризовим управлінням, оскільки його основне завдання – це попередження як банкрутства, так і стану кризи. Однак, антикризове управління також покликане підвищувати ефективність кадрового потенціалу через: підготовку керівного складу до управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи; заходи особистісного та професійно-діяльнісного самовдосконалення керівного складу закладу, з урахуванням власних потреб та соціальні запити держави; розвиток професійних компетенцій, знань та вмінь, у т. ч. щодо використання та застосування інформаційно-комунікаційних технологій у практичній діяльності; розвиток у керівного складу вмінь до швидкої адаптації, знаходження оптимальних та найбільш ефективних шляхів розв'язання проблем організаційного, кадрового та фінансового характеру.

Крім того до спектру задач антикризового управління ЗОЗ входять наступні: визначати показники кризового стану; розробляти методичні засади діагностики кризового стану, розвивати інформаційну функцію на основі інноваційних технологій та забезпечити її достовірність, вчасність та актуальність; формувати програму подолання кризових станів; визначати принципи кадрового забезпечення; розробити програми для подолання кризових

станів відповідно до визначених загроз зовнішнього та внутрішнього середовища.

На нашу думку, антикризове управління ЗОЗ має бути комплексною програмою, вектори якої спрямовано не тільки на фінансовий аспект діяльності, а й на всі сфери закладу, віддаючи належну увагу її соціальній складовій, при цьому необхідно забезпечити їх ефективність та збалансованість.

ЗОЗ, як будь-яка організація, є системою, яка має постійно розвиватися та диверсифікуватися відповідно до запитів світу та суспільства. Тому у загальному баченні заходів антикризового управління досліджених ЗОЗ пропонуємо концептуальну модель антикризового управління ЗОЗ, основу якої складають два блоки: блок кризових явищ, що впливають на ЗОЗ, та, відповідно, блок антикризового управління, вектори якого спрямовані на захист стану закладу відповідно до рівнів, за якими необхідно проводити цілеспрямоване управління та відповідний моніторинг.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, основними інноваційними елементами якої стали основні засади антикризової політики, врахування ризиків та внутрішніх і зовнішніх чинників виникнення кризового стану, застосування блоку наукового реагування та синергетичної взаємодії всіх елементів моделі;
- визначено та згруповано ризики виникнення кризи ЗОЗ в умовах реформи, пандемії COVID-19 та воєнного стану;
- розроблено програму подолання кризового стану ЗОЗ.

удосконалено

- підходи до нормативно-правового регулювання управління ЗОЗ в умовах кризового стану, доведено за результатами оцінки фінансового стану кризовий стан баз дослідження.

- *набуло подальшого розвитку* методичне забезпечення медико-соціальних досліджень управління ЗОЗ в умовах кризового стану.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію управління ЗОЗ зокрема в умовах кризового стану.

Практичне значення роботи полягає в тому що її результати стали підставою для розробки:

- концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, яка заснована на обґрунтуванні комплексу заходів в межах певного механізму дій ЗОЗ з врахуванням прогалин в нормативно-правовій базі, за результатами власного дослідження поетапного посилення кризи, яка увійшла в пік в умовах війни;

- визначення та згрупування ризиків виникнення кризи ЗОЗ в умовах реформи, пандемії COVID-19 та воєнного стану;

- програму подолання кризового стану ЗОЗ з врахуванням ризиків та з адаптацією під цей стан критеріїв визначення залежності рівня коефіцієнтів ефективності управління кадрами та коефіцієнта фінансової стабільності.

Упровадження результатів дослідження здійснено шляхом:

- *на галузевому рівні* – підготовки та видання методичних рекомендацій: О. К. Толстанов, С. П. Кошова, Гбур З.В., Кушнір В.А., Щиріна К.В. Впровадження концептуальної моделі антикризового управління в закладах охорони здоров'я. *Методичні рекомендації*. Київ. ІДУНДЦЗ протокол від 30.11.2022 № 12, 32 с.;

- внесення змін в лекційні матеріали циклу спеціалізації для керівників закладів охорони здоров'я «Організація і управління охороною здоров'я» (акт впровадження від 2022р.);

- внесення змін в лекційні матеріали «Антикризове управління КНП» ГО «Української асоціації фахівців системи публічного управління та адміністрування» (довідка № 01\23-дис від 19.01.2023р.)

- *на регіональному рівні:*

- Акт впровадження КНП Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту від 24.02.2021р.;

- Акт впровадження КНП Рівненська обласна клінічна лікарня від 16.02.2021р.;

- Акт впровадження КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради від 17.03.2021р.

- *на місцевому рівні:*

- Акт впровадження ТОВ «Дієво центр хірургічних рішень» від 11.03.2021р.;

- ТОВ Медичний центр «Добробут-поліклініка» від 14.04.2021р.

- Акт впровадження КНП Чернігівська міська лікарня №2 Чернігівської міської ради від 18.03.2021р.

Ключові слова: антикризове управління в закладі охорони здоров'я, концептуальна модель антикризового управління, ризики виникнення кризи, оптимізація роботи, концептуальні засади антикризового управління.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

А. В яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Михальчук В.М., Гбур З.В., Щиріна К.В., Черненко О.О. Соціологічне дослідження ефективності роботи багатoproфільної приватної

клініки Український медичний часопис НМАПО імені П.Л.Шупика
www.umj.com.ua | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (134), Т. 2 – XI/XII 2019

2. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Черненко О.О. Мультидисциплінарний підхід до оптимізації роботи приватної багатoproфільної клініки. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4 (82)

3. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» / № 3 (56), Київ. - 2019./ Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К., Щиріна К.В. Заходи з виконання основних завдань шкірно-венерологічного диспансеру та результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічних показників діяльності. – 122с. – С.11 – 15.

4. Толстанов О.К., Щиріна К.В. Методи дослідження оптимізації роботи ЗОЗ Conceptual options for the development of medical science and education : Collective monograph. Riga : Izdevniecība “Baltija Publishing”, 2020. 688 p. – P. 591 – 608

5. Щиріна К.В. Ретроспективний аналіз фінансово-економічного стану Шкірно-венерологічного диспансеру Деснянського району №2 м. Києва. Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur. Book 1. Part 2 / [team of authors: Avrunin O.G., Denga O.V., Hbur Z.V., Malenko S.A., Ovcharuk V.A., Polenova G.T. and etc.]. – Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020 – 192 p. – P 21 – 29..

6. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Основні теоретико-методологічні підходи до управління ЗОЗ в умовах кризи. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 1 (1) 2020, м.Київ.

7. Щиріна К.В., Гбур З.В. Механізм проведення експертного опитування з метою отримання експертної оцінки щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 2 (2) 2020, м.Київ.

8. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства. Інноваційна наука, образование, производство и транспорт: техника и технологии, информатика, транспорт, архитектура, химия, медицина, сельское хозяйство. Книга 3. Часть 1: серия монографий / [авт.кол. : С.В. Выдыборец, З.В. Гбур, Н.В. Горяинова, Е.В. Кучер, И.Я. Львович и др.]. – Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2020 – 172 с. : ил., табл. – (Серия «Инновационная наука, образование, производство и транспорт» ; №3). ISBN 978-617-7880-10-2

9. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Криза багатопрофільного закладу охорони здоров'я під час пандемії COVID-19. Український медичний часопис. - 2023. - № 2. - С. 19-22, посилання на електронний ресурс <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-239787-kriza-bagatoprofilnogo-zakladu-ohoroni-zdorov-ya-pid-chas-pandemiyi-covid-19>

10. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Взаємозв'язок рівня захворюваності територіальної громади та антикризового управління в закладі охорони здоров'я. No 1 (2023): Likars'ka sprava 61-71, посилання на електронний ресурс <https://liksprava.com/index.php/journal/article/view/514>

11. Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». №2(47)2022. UDC 614.2 DOI: 10.15587/2519-4798.2022.256383. Katherine Shchyrina, Svitlana Koshova, Oksana Parkhomenko-Kutsevil. FOREIGN EXPERIENCE OF ANTI-CRISIS MANAGEMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS. Посилання на електронний ресурс [Стаття_медичне_видання_польща_Щиріна,Кошова,Пархоменко-Куцевіл.pdf](#)

Б.Засвідчують апробацію результатів дослідження

11. Михальчук В.М., Толстанов О.К., Стратій К.В. (Щиріна) Логістика у сфері медичних послуг, як захід антикризового управління ЗОЗ Актуальні питання управління і організації охорони здоров'я: шляхи реформування,

проблеми та перспективи: матеріали всеукраїнського науково-практичного конференції (Харків, 24-25 жовтня 2019 р.) / за заг. ред. Б.С. Федака. – Х.: ХМАПО, 2019. – 101 с. – С. 21 – 27

12. Толстанов О.К., Щиріна К.В., Черненко О.О. Підходи до оптимізації роботи ЗОЗ The 1st International scientific and practical conference “Topical issues in pharmacy and medical sciences” October 21-22, 2019) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2019. 183 p. – С. 109 – 118.

13. Щиріна К.В., Толстанов О.К., Гбур З.В. Ризики що спричиняють виникнення кризи ЗОЗ в умовах його переходу з комунальної у приватну власність Центр наукових досліджень «Solution» (Київ, Україна), Видавництво Skleněný Můstek (Карлові Вари, Чехія). – VI Міжнародна науково-практична конференція «Discovery Science» м. Київ, м. Карлові Вари, 6 грудня 2019 р.

14. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Толстанов О.К. Основні аспекти ефективного реформування шкірно-венерологічного диспансеру. Інноваційні наукові дослідження: світові тенденції та регіональний аспект, м. Запоріжжя, 29-30 листопада 2019 р. – 120 с. – С. 92 – 96.

15. Толстанов О.К., Щиріна К.В. Аналіз деяких показників системи охорони здоров'я України за 2000 – 2017 рр. Весняні наукові читання – 2020, ХЛІ Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 10 березня 2020 року. – Ч. 7, с. 60. – С. 53 – 57.

16. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Ретроспективний аналіз фінансово-економічної діяльності багатoproфільної КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради за показниками 2014 – 2019 рр. Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24 – 25 квітня 2020 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2020. – 132 с. – С. 96 – 102.

17. Щиріна К.В. Вплив кадрової політики на фінансову стабільність в Чернігівській обласній клінічній лікарні. Сучасні аспекти модернізації науки в

Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку: Матеріали першої Міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, м.Братислава, 07 вересня 2020 року.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020, 192с. – С.102-107

18. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства. Щорічний науково-практичний Симпозіум «Інноваційна наука, освіта, виробництво і транспорт» 17 – 18 грудня 2020 року, Болгарія., в дистанційному режимі.

19. Толстанов О.К., Михальчук В.М., Гбур З.В., Щиріна К.В. Зарубіжний досвід антикризового управління ЗОЗ. ІХ Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 16-18 вересня 2020р. – с.84. – С. 16-18

20. Стовбан М.П., Щиріна К.В. Оцінка ефективності діяльності лікарні в межах госпітального округу. Взаємодія ЗОЗ в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти: матеріали науковопрактичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.) / Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. — Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. — 100 с. – С.45-49

21. Михальчук В.М., Щиріна К.В. Оптимізація роботи багатoproфільного закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 28 квітня 2022 року. – Житомир: Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна», 2022. - 175 с. – С.138-140

22. Щиріна К.В., Михальчук В.М. Механізм проведення експертного опитування щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. «Чорноморські наукові студії» : матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції, м. Одеса, 24 червня 2022 року. – Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2022. – 392 с.- С.300-304

23. Щиріна К.В., Михальчук В.М. Взаємозв'язок кадрової політики та фінансової стабільності в обласній клінічній лікарні. Пріоритетні напрями розвитку наукового простору. Матеріали науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 25-26 березня 2022 р.). – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2022. – 100 с. – С.71-75.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

1. Толстанов О. К., Кошова С. П., Гбур З.В., Щиріна К.В. Впровадження моделі антикризового управління закладу охорони здоров'я. *Методичні рекомендації*. ІДУНДЦЗ Протокол 12 від 30.11.2022.

ЗМІСТ

Назва розділу/підрозділу	Стор
АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ.....	13
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	16
ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ І ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ ТА АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ	29
1.1. Основні засади антикризового управління закладу охорони здоров’я.....	29
1.2. Основні теоретико-методологічні підходи антикризового управління закладу охорони здоров’я в умовах воєнного стану.....	40
1.3. Досвід антикризового управління закладу охорони здоров’я в економічно розвинених країнах світу.....	49
1.4. Вивчення системи охорони здоров’я. Аспекти законодавства.....	67
Висновки до розділу 1	73
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	76
Висновки до розділу 2.....	92
РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІНАНСОВО- ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В КРИЗОВОМУ СТАНІ В УМОВАХ РЕФОРМИ НА ПРИКЛАДІ ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ № 2 ДЕСНЯНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА ТА КНП «ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ» ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ за 2014- 2022рр.....	94

3.1. Аналіз фінансово-економічної діяльності КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради	94
3.2. Результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічної діяльності Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м. Києва.....	112
3.3. Взаємозв'язок кадрової політики та фінансової стабільності в КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради та КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва	130
Висновки до розділу 3.....	143
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ РИЗИКІВ ЗОВНІШНІХ ТА ВНУТРІШНІХ, ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ КРИЗИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	145
4.1 Взаємозв'язок рівня захворюваності територіальної громади та антикризового управління в закладі охорони здоров'я.....	145
4.2. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я в умовах реформи.....	158
4.3. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я під час пандемії Covid-19 та війни.....	164
4.4. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я з початком війни	170
Висновки до розділу 4.....	181
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	183

5.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління закладу охорони здоров'я.....	183
5.2. Розробка удосконаленої концептуальної моделі антикризового управління закладу охорони здоров'я	191
5.3. Упровадження елементів концептуальної моделі антикризового управління закладу охорони здоров'я на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я. Експертна оцінка ефективності моделі.....	201
Висновки до розділу 5.....	208
ВИСНОВКИ.....	210
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	214
ДОДАТКИ	242

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВВП – валовий внутрішній продукт

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

TQM – Total Quality Management

ЄФУЯ – Європейський фонд управління якістю

СУЯ – система управління якістю

ПМД – первинна медична допомога

ЄС – Європейський Союз

КМДА – Київська міська державна адміністрація

МІС – Медична інформаційна система

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

НАМН України – Національна Академія медичних наук України

НУОЗ України імені П. Л. Шупика – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ООН – Організація об'єднаних націй

ОТГ – Об'єднана територіальна громада

Центр ПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Актуальність теми. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, управління ЗОЗ в Україні за останні двадцять років можна охарактеризувати як таке, що відбувається в умовах кризового стану, про що вказують такі показники: низький рівень поточних витрат на охорону здоров'я на душу населення 125 дол. та поточних витрат на охорону здоров'я у відсотках до валового внутрішнього продукту 6,1%, внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я 51,5% (у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я), витрати населення "з власних кишень" становлять 47,8% від поточних витрат [5].

Неплатоспроможність населення, нестача фінансування та державних гарантій забезпечення якісних медичних послуг, низький рівень матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ зумовили кризовий стан системи охорони здоров'я, що має прояв у високих показниках захворюваності населення та низькій якості медичних послуг. Зазначене потребує дослідження теоретико-методологічних підходів до управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи.

Проблематику ефективності та доцільності використання підходів до управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи досліджено у працях В. В. Лепського [49], М. О. Кузьмук [43], О. В. Панасенко [69], В. Л. Сазоненко [85], І. Л. Сазонець [79], В. О.Зюзіна [34] та інших науковців. Теоретичні та практичні аспекти розвитку й управління закладами охорони здоров'я, особливості впровадження ефективного управління в системі охорони здоров'я розглянуті у працях таких науковців, як А. Абрамешин, І. Борисенко, А. Бронштейн, Н. Герасименко, Н. Грищенко, Л. Жаліло, М. Заколюдяжної, Н. Кусик, В. Лехан, С. Полянської, Г. Слабкого Г., Г. Тарасюк, М. Шевченко, Н. Я. Жилки [30], О. В. Кузьміна [47], Н. Б. Кирич [44], В. О. Коюди [45], В. В. Лепського [50], В. М. Михальчука [51], А. М. Ткаченко [91], Т. О.Сабецької [89], О. Р. Рудик [76], І. В. Семчук [78], Т. Є. Серікова [83] та інші.

На сьогодні відсутні системні дослідження ризиків виникнення кризи закладу охорони здоров'я в умовах реформи, пандемії та воєнного стану та підходів до антикризового управління.

Автори визначають поняття «кризовий стан», яке може бути різним у контексті різних областей, таких як медицина, психологія, економіка, політика та інші по-різному. Залежно від конкретної області та контексту, поняття кризового стану може мати різні визначення та характеризуватися різними ознаками, зокрема:

медичний (клінічний) контекст: кризовий стан у медицині визначається як важкий, критичний стан організму, коли порушено нормальну функцію одного чи кількох органів. Це може бути спричинено травмами, інфекціями, отруєнням, серцевими проблемами, іншими захворюваннями тощо [9];

психологічний контекст: у психології кризовий стан описується як емоційний, психологічний або екзистенційний кризовий момент, коли особі важко справлятися зі стресом, втратою або іншими негативними життєвими подіями. Це може супроводжуватися сильними емоціями, тривогою і фізичними симптомами [14];

економічний контекст: кризовий стан в економіці може визначатися як серйозний економічний спад, фінансовий крах чи інша подібна ситуація, коли система грошових потоків, ринків чи бізнесу знаходиться в надзвичайно негативному стані [16];

політичний контекст: в політиці кризовий стан може визначатися як ситуація, коли існує загроза безпеці, правопорядку або державній стабільності й вимагається надзвичайна діяльність або реагування з боку влади [21];

екологічний контекст: в екології кризовий стан може вказувати на серйозне виснаження природних ресурсів, забруднення навколишнього середовища або інші серйозні проблеми, що становлять загрозу довкіллю і життєвому середовищу [37].

Визначення кризового стану в закладі охорони здоров'я не може бути приписано жодному конкретному авторові, оскільки це поняття використовується в різних контекстах і формулюється зазвичай у наукових публікаціях, законодавчих актах або документах організацій, що займаються охороною здоров'я.

Визначення кризового стану може варіюватися залежно від обставин і контексту, в якому воно використовується. Такі визначення зазвичай розробляються спеціалістами у галузі охорони здоров'я, організаціями, які надають медичні послуги, та громадськими установами з метою кращого розуміння і керування ситуаціями, які вимагають надзвичайних заходів та реагування. Криза може виникнути в кожній організації, її причини обумовлюються не тільки неефективним управлінням. Вона може наступити і в результаті циклічного розвитку економіки та політичних подій. Криза у вітчизняній сфері охорони здоров'я – це реалії сьогодення. З отриманням економічної незалежності для українського суспільства розпочався дуже складний економічний період, пов'язаний із формуванням ринкового механізму. У центрі цієї локальної кризи знаходиться “незримий” механізм ринкової рівноваги, що торкнувся і медичної сфери.

В Україні причина нинішніх проявів кризи має фундаментальний характер і пов'язано це з крахом тієї радянської моделі медичного обслуговування, на яку орієнтувалися багато десятиліть.

Основною проблемою дослідження кризи є те, що немає єдиного визначення цього поняття, тому що криза – це особливий стан об'єкта управління, який розглядається в динаміці. Безліч об'єктів управління та різноманітність станів систем, різні способи оцінки кризових явищ різними суспільними групами (акціонерами, менеджерами, персоналом, споживачами, постачальниками, органами влади, конкурентами) – усе це перешкоджає будь-

якій “науковій стандартизації” цього явища. До того ж, кожна наступна криза відрізняється від попередньої.

Загалом, криза – це здебільшого несподівана глибока зміна, що часто трактується як негативна, але одночасно несе в собі нові можливості для розвитку. Позитивною функцією кризи для систем управління є руйнування тих її елементів, які найменш стійкі та життєздатні й порушують її системну єдність. За допомогою такого спрощення відбувається зростання її стійкості.

В економічних системах криза руйнує безліч слабких і найменш організованих економічних суб’єктів, завершуючи розвиток застарілих способів виробництва, форм організації на користь нових, більш сучасних для нових умов, способів і форм. Системи управління для виходу з кризи обов’язково повинні стимулювати розвиток інновацій, які забезпечують потрібну ефективність способів діяльності на основі підвищення її технічного рівня і зменшення витрат.

Кризовий стан діяльності закладу охорони здоров'я визначається як ситуація, коли заклад не може забезпечити належний рівень медичної допомоги, охорони здоров'я та інших послуг через негативні обставини. Це може бути спричинено різними факторами, такими як велике навантаження, фінансові труднощі, катастрофічні події, негайні медичні потреби або інші обставини [38].

У таких ситуаціях керівництво закладу охорони здоров'я та владні органи повинні негайно реагувати, вживати заходів для вирішення проблем та відновлення ефективної діяльності. Це може включати в себе надання додаткових ресурсів, мобілізацію додаткового персоналу, співпрацю з іншими медичними закладами та владними структурами для подолання кризи.

За останнє десятиріччя чинниками, що спричинили кризові стани ЗОЗ, є: реформа, пандемія COVID-19, війна. У дослідженнях науковців не представлено чіткого визначення поняття «кризового стану» та концептуальних засад управління ЗОЗ в умовах такого стану, спричиненого вказаними чинниками, що вимагає наукових досліджень та обумовлює актуальність даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконувалась відповідно до плану наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика та є фрагментом НДР кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та ЗОЗ» (номер державної реєстрації № 01200U101680, термін виконання 2020-2024). Також робота виконана у межах науково-дослідної теми «Методи і моделі управління інноваційним розвитком національної економіки» (номер державної реєстрації 0120U104121, термін виконання 2022-2024 роки) громадської наукової організації «Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій». Авторка особисто здійснювала збір первинного матеріалу, його аналіз та впровадження результатів в практику діяльності ЗОЗ.

Мета дослідження: обґрунтувати, розробити та впровадити концептуальну модель антикризового управління в закладі охорони здоров'я.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень антикризового управління в закладі охорони здоров'я, узагальнити та систематизувати ризики виникнення кризи закладах охорони здоров'я в умовах реформи, пандемії COVID-19 та воєнного стану.

2. Провести дослідження кадрового, фінансового, нормативно-правового забезпечення в закладах охорони здоров'я, обраних базами дослідження.

3. Дослідити задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою та медичним обслуговування в закладах охорони здоров'я, обраних базами дослідження.

4. Розробити програму подолання кризового стану в закладі охорони здоров'я, обґрунтувати та розробити концептуальну модель антикризового управління в закладі охорони здоров'я.

5. Упровадити окремі елементи концептуальної моделі антикризового управління в практику діяльності закладів охорони здоров'я та надати експертну оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження: система управління в закладі охорони здоров'я в умовах кризового стану.

Предмет дослідження: результати фінансової діяльності, кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання діяльності закладів охорони здоров'я в умовах кризового стану, результати надання медичної допомоги, фактори ризиків виникнення кризового стану, задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою.

База наукового дослідження: КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради; Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва.

Період дослідження: 2019 – 2023 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів у їх зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках, виявлення проблем і визначення напрямів їх вирішення при обґрунтуванні та розробці удосконаленої концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я;

- *бібліосемантичний* – з метою теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних досліджень з впливу непередбачуваних ситуацій та дій непереборного впливу і факторів ризику, що її обумовлюють кризовий стан закладу охорони здоров'я;

- *контент-аналізу* – з метою дослідження нормативно-правової бази України та локальних нормативних актів з організації діяльності закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги, крім того фінансове, кадрове та нормативно-правове забезпечення з метою упередження кризових станів та формування антикризового управління.

- *SWOT – аналізу* – з метою оцінки можливостей удосконалення системи надання медичної допомоги пацієнтам в умовах кризового стану закладу охорони здоров'я з урахуванням здобутків та ризиків наявної системи в закладах, обраними базою дослідження;

- *соціологічний* – з метою отримання оцінки пацієнтів прийнятих змін в закладі охорони здоров'я в наслідок реформування сфери охорони здоров'я, факторів, що сприяють сумісній діяльності;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки та оцінки достовірності отриманої статистичної інформації, статистичного підтвердження ефективності впровадження елементів концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я;

- *графічний* – для візуалізації текстової та цифрової інформації, отриманої на етапах дослідження;

- *моделювання* – для обґрунтування та розробки концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я;

- *організаційного експерименту* – під час впровадження окремих елементів запропонованої моделі на галузевому, регіональному рівні та в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для отримання незалежної оцінки удосконаленої концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, основними інноваційними елементами якої стали основні засади антикризової політики, врахування ризиків та внутрішніх і зовнішніх чинників виникнення кризи, застосування блоку наукового реагування та синергетичної взаємодії всіх елементів моделі;

- визначено та згруповано ризики виникнення кризи ЗОЗ в умовах реформи, пандемії COVID-19 та воєнного стану;

- розроблено програму подолання кризового стану ЗОЗ.

удосконалено:

- підходи до нормативно-правового регулювання управління ЗОЗ в умовах кризового стану, доведено за результатами оцінки фінансового стану кризовий стан баз дослідження.

- *набуло подальшого розвитку* методичне забезпечення медико-соціальних досліджень управління ЗОЗ в умовах кризового стану.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію управління ЗОЗ зокрема в умовах кризового стану.

Практичне значення роботи полягає в тому що її результати стали підставою для розробки:

концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, яка заснована на обґрунтуванні комплексу заходів в межах певного механізму дій ЗОЗ з врахуванням прогалин в нормативно-правовій базі, за результатами власного дослідження поетапного посилення кризи, яка увійшла в пік в умовах війни;

визначення та згрупування ризиків виникнення кризи ЗОЗ в умовах реформи, пандемії COVID-19 та воєнного стану;

програму подолання кризового стану ЗОЗ з врахуванням ризиків та з адаптацією під цей стан критеріїв визначення залежності рівня коефіцієнтів ефективності управління кадрами та коефіцієнта фінансової стабільності.

На галузевому рівні впроваджено окремі елементи моделі шляхом:

- підготовки та видання методичних рекомендацій: О. К. Толстанов, С. П. Кошова, З. В. Гбур, В. А. Кушнір, К. В. Щиріна. Впровадження концептуальної моделі антикризового управління в закладах охорони здоров'я. *Методичні рекомендації*. Київ. ІДУНДЦЗ, протокол від 30.11.2022 № 12, 32 с. ;

- внесення змін в лекційні матеріали циклу спеціалізації для керівників закладів охорони здоров'я «Організація і управління охороною здоров'я» НУОЗ України імені П.Л.Шупика (Акт впровадження від 2022 р.);

- використання в діяльності ГО «Українська асоціація фахівців системи публічного управління та адміністрування» (довідка № 01\23-дис від 19.01.2023 р.);

на регіональному рівні шляхом упровадження результатів в роботу:

- КНП «Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту» (Акт впровадження від 24.02.2021 р.);

- КНП «Рівненська обласна клінічна лікарня» (Акт впровадження від 16.02.2021 р.);

на місцевому рівні шляхом упровадження результатів в роботу:

- ТОВ «Дієво центр хірургічних рішень» (Акт впровадження від 11.03.2021 р.);

- ТОВ «Медичний центр «Добробут-поліклініка» (Акт впровадження від 14.04.2021 р.);

- КНП «Чернігівська міська лікарня № 2» Чернігівської міської ради (Акт впровадження від 18.03.2021 р.);

- КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради» (Акт впровадження від 17.03.2021 р.).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: виконано патентний пошук та проведено теоретичний аналіз наукової медичної літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження

відповідно до мети та поставлених завдань; розроблено анкети соціологічного опитування та експертної оцінки результатів проведеного дослідження. Власноруч сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; особисто здійснено обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я, її розробка та впровадження окремих елементів в діяльність закладів охорони здоров'я.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel), та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows.

Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки і рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання статей/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення та результати дослідження доповідалися і обговорювалися на 13-ти міжнародних і загальноукраїнських наукових і науково-практичних конференціях:

- Актуальні питання управління і організації охорони здоров'я: шляхи реформування, проблеми та перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ.конф. (м. Харків, 24-25 жовтня 2019 р.);
- The 1st International scientific and practical conference "Topical issues in pharmacy and medical sciences" October 21-22, 2019);
- Центр наукових досліджень «Solution» (Київ, Україна), Видавництво Skleněný Můstek (Карлові Вари, 2019);

- Інноваційні наукові дослідження: світові тенденції та регіональний аспект, (м. Запоріжжя, 29-30 листопада 2019 р.);
- Весняні наукові читання – 2020, XLI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція (м. Вінниця, 10 березня 2020 р.);
- Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24 – 25 квітня 2020 р.);
- Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку. Перша Міжнародна науково-практична конференція, (м. Київ, м. Братислава, 07 вересня 2020 р.);
- Щорічний науково-практичний Симпозіум «Інноваційна наука, освіта, виробництво і транспорт» (м. Варна, 17 – 18 грудня 2020 р.);
- IX Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» (м. Київ, 16-18 вересня 2020 р.);
- Взаємодія ЗОЗ в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти. Науково - практична конференція (м. Київ, 9 грудня 2021 р.);
- Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах: Міжнародна науково-практична конференція, (м. Житомир, 28 квітня 2022 р.);
- «Чорноморські наукові студії», VIII Всеукраїнська мультидисциплінарна конференція (м. Одеса, 24 червня 2022 р.);
- Пріоритетні напрями розвитку наукового простору. Науково-практична конференція (м. Запоріжжя, 25-26 березня 2022 р.).

Публікації. Результати дисертації опубліковані в 25 наукових працях, з них: 8 статей у наукових фахових виданнях України; 2 статті у колективних

монографія; 1 – у зарубіжному виданні; 13 тез в збірках матеріалів науково-практичних конференцій; методичні рекомендації.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 275 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 212 сторінок; містить 13 таблиць, 20 рисунків, 7 додатків. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 224 джерела, із них: кирилицею – 180, латиною – 44; у т. ч. власних публікацій за темою дисертації – 25.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ І ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ ТА АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ

1.1. Основні засади антикризового управління ЗОЗ

Криза може виникнути в кожній організації, її причини обумовлюються не тільки неефективним управлінням. Вона може наступити і в результаті циклічного розвитку економіки та політичних подій. Криза у вітчизняній сфері охорони здоров'я – це реалії сьогодення. З отриманням економічної незалежності для українського суспільства розпочався дуже складний економічний період, пов'язаний із формуванням ринкового механізму. У центрі цієї локальної кризи знаходиться “незримий” механізм ринкової рівноваги, що торкнувся і медичної сфери.

В Україні причина нинішніх проявів кризи має фундаментальний характер і пов'язано це з крахом тієї радянської моделі медичного обслуговування, на яку орієнтувалися багато десятиліть. Основною проблемою дослідження кризи є те, що немає єдиного визначення цього поняття, тому що криза – це особливий стан об'єкта управління, який розглядається в динаміці. Безліч об'єктів управління та різноманітність станів систем, різні способи оцінки кризових явищ різними суспільними групами (акціонерами, менеджерами, персоналом, споживачами, постачальниками, органами влади, конкурентами) – усе це перешкоджає будь-якій “науковій стандартизації” цього явища. До того ж кожна наступна криза відрізняється від попередньої [6].

Загалом, криза – це здебільшого несподівана глибока зміна, що часто трактується як негативна, але одночасно несе в собі нові можливості для

розвитку. Кризи як спосіб оновлення систем є основою навчання соціально-економічних систем. Криза викриває властивості системи, які в нормальній ситуації не проявляються та створюють умови, що стимулюють розвиток системи. Позитивною функцією кризи для систем управління є руйнування тих її елементів, які найменш стійкі та життєздатні й порушують її системну єдність. За допомогою такого спрощення відбувається зростання її стійкості [9].

В економічних системах криза руйнує безліч слабких і найменш організованих економічних суб'єктів, завершуючи розвиток застарілих способів виробництва, форм організації на користь нових, більш сучасних для нових умов, способів і форм. Системи управління для виходу з кризи обов'язково повинні стимулювати розвиток інновацій, які забезпечують потрібну ефективність способів діяльності на основі підвищення її технічного рівня і зменшення витрат. Причинами виникнення фінансової кризи в закладі охорони здоров'я є як зовнішні, так і внутрішні чинники. До зовнішніх чинників відносять усі, що стосуються організації ззовні, наприклад, державне регулювання, фінансові кризи, політичні зміни та ін. До внутрішніх відносять: неефективність менеджменту, негнучкість системи управлінського обліку.

Чорненька Ж.А. [9] відзначає, що місцеві заклади охорони здоров'я – дільничні лікарні, амбулаторії тощо – виконують в регіонах важливу соціальну функцію. Місцеве населення в основному похилого віку, яке зазвичай матеріально незабезпечене, періодично проходить в зазначених закладах реабілітаційно-лікувальні цикли. Логіка нової концепції передбачає, що до гарантованого пакета потраплять тільки гострі захворювання. Тому функції, що виконують місцеві лікарні, в значній мірі стануть платними. Але контингент пацієнтів до цього явно не готовий. Тому слід чекати соціальної напруги, яка буде спрямована на владні структури в регіонах.

В свою чергу, М.Д. Ведерніков та Л.В. Волянська-Савчук [3-5] підкреслюють важливість раціонального управління персоналом, як базового

складника ефективної кадрової політики. Крім того, О. О. Чернушкіна та О. С. Мантур-Чубата [6] доповнили дослідження науковців та наголосили, що традиційні методи управління медичними працівниками вже не забезпечують збереження належного рівня фінансової стійкості ЗОЗ, а тому доцільним є застосування двох типів керівників – управлінців та менеджерів, відповідно до різних типів сучасних ЗОЗ. При цьому, в контексті аналізу фінансової стабільності приватного та державного медичного секторів особливе значення має механізм та обсяги інвестування у розвиток галузі та трудовий капітал, зокрема. Вивчення тенденцій фінансування вітчизняної медицини та порівняння із динамікою провідних європейських країн було здійснено О. Вашею, А. Вашевою та Л. Івановою [7; 8].

Сучасні дослідники у своїх наукових працях всебічно розкривають значення кадрової політики в структурі управління персоналом господарюючих суб'єктів України, зокрема ЗОЗ, проте подальший аналіз взаємозв'язку між кадровою політикою та рівнем фінансової стабільності ЗОЗ має бути спрямований на усвідомлення значущості системи охорони здоров'я сучасним суспільством, в т. ч. державними та місцевими органами влади, що реалізують управління у сфері охорони здоров'я. А тому, поглиблене дослідження окресленої проблематики необхідне на шляху забезпечення високого рівня якості життя українського суспільства, а також розуміння важливості підвищення рівня фінансової стійкості ЗОЗ в структурі протистояння сьогоденним глобальним загрозам та викликам [27].

Рівень фінансової стійкості формується відповідно до рівня продуктивності праці робітників сфери охорони здоров'я, а тому доцільним є використання лише адаптованих до вітчизняної медичної практики, ефективних та сучасних технологій управління кадрами, зокрема через застосування новітніх комп'ютерних, інформаційних технологій [4, с. 190] чи персонал-технологій [3, с. 132], які стають важливими інструментами на шляху активізації трудового

потенціалу та ініціативності в процесі практичної діяльності працівників медичної сфери [9, с. 277].

Основними проблемами у сфері охорони здоров'я, що призводять до кризового стану в ЗОЗ є [10]: несприйняття процесів трансформації сфери охорони здоров'я; зростання вартості медичних послуг та неможливість оплати за послугу; низька якість медичних послуг та медичної допомоги; недостатність кваліфікованих управлінських та медичних кадрів; наявність проблем з доступністю медичної допомоги, особливо в сільській місцевості; недостатність здійснення заходів щодо профілактики захворювань; демографічна криза населення; недостатність фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я; наявність екологічних проблем; економічна криза та погіршення економічного стану країни, який призводить до зниження життєвого рівня, добробуту населення, що має вплив на сферу охорони здоров'я.

Діяльність вітчизняних закладів охорони здоров'я характеризується фінансовою розпорошеністю та ресурсною деформованістю структури медичних послуг. В умовах фінансової кризи це сприяє погіршенню проблем медичного обслуговування населення та потребує трансформації системи охорони здоров'я щодо забезпечення зростаючого попиту населення у медичній допомозі й стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я. В період кризи важливо вміти своєчасно діагностувати критичні стани ЗОЗ. Важливо розуміти, локальною чи системною є криза. Ознаками початкової кризи в установі є скорочення оборотного капіталу, зростання змінних витрат, зниження якості медичних послуг, зростання плинності кадрів [92].

Для створення дієвих та ефективних антикризових програм потрібно визначити чинники, що спричинили появу кризи. З цією метою потрібно виконати діагностику на стратегічному та тактичному рівнях [2]. На стратегічному рівні це означає: аналіз статистичних даних щодо витрат та доходів установи, ефективності системи управління; аналіз роботи

адміністративного блоку організації, відділень, результати яких негативно впливають на діяльність медичного закладу; дослідження відповідності організаційної структури поставленим цілям та завданням; проведення оцінки організаційної культури. На тактичному рівні потрібно провести аналіз якості виконаної роботи з врахуванням людського чинника. Даний етап дозволяє визначити ключові моменти в управлінні медичним персоналом, відповідність наявної кадрової стратегії, принципи відбору та прийняття на роботу працівників, а також відповідність їх кваліфікації виконанню поставлених завдань [93].

Загалом послідовність дій у процесі прогнозування кризи така: визначення часового діапазону прогнозування кризи; дослідження джерел і обставин кризи, її сутності та характеру; ідентифікація неефективних і перспективних елементів системи, ядра оновленої соціально-економічної системи; визначення простору та масштабу кризи; ідентифікація зовнішніх факторів розвитку кризи, взаємодії циклів, їх синхронізації і резонансного впливу; дослідження способів виходу з кризи, аналіз альтернативних варіантів виходу з кризи для різних умов; визначення помилок у прогнозі, внесення коректив до плану дій, визначення не залучених, але важливих факторів; аналіз кризи як закономірного соціально-економічного явища [1; 3; 4; 7; 12].

В умовах кризи головним завданням керівництва ЗОЗ є задоволення об'єктивно зростаючих потреб в медичній допомозі у зв'язку з погіршенням стану здоров'я населення. Для вирішення даного завдання потрібно: збільшення витрат на медикаменти та витратні матеріали; збільшення витрат на підтримку у робочому стані та по можливості придбання нового обладнання; збільшення витрат на оплату праці; збільшення витрат на харчування; збільшення витрат на підготовку кадрів.

Мета антикризового управління полягає в підготовці бази для наступного старту розвитку та вдосконалення діяльності медичного закладу: збільшення ефективності використання ресурсів, ритмічне функціонування організації за

рахунок високої фінансової стабільності та своєчасного попередження, уникнення та нейтралізації господарських ризиків.

Василенко В. О. розглядає антикризове управління як різновид управління, що спрямований на попередження, аналізування та ліквідацію факторів кризи, а у разі її виникнення – розроблення та реалізацію заходів, що дадуть змогу упоратися з кризою зазнаючи мінімальних при цьому витрат та втрат для підприємства. Автор зводить поняття антикризове управління до можливості передбачення, пришвидшення, випередження та відтермінування кризових явищ, необхідності підготовки до кризи, забезпечення необхідними знаннями, уміннями та навиками для протистояння викликам та можливістю пом'якшувати кризу [4].

Функціями антикризового управління є діяльність, що відображає предмет управління та визначає його результат. Серед основних функцій можна виділити [9]: передкризове управління; управління в умовах кризи; управління процесами виходу з кризи; стабілізація нестійких ситуацій; мінімізація втрат та втрачених можливостей; своєчасне прийняття рішень. Система антикризового управління використовується суб'єктами управління для вирішення наступних завдань: передбачення кризи та адекватна (відповідно до ступеню загрози) підготовка до неї; виявлення причин, що викликають кризу та пошук способів їх нейтралізації; визначення засобів та методів управління в умовах кризової ситуації; управління динамікою розвитку кризи (прискорити, уповільнити, посилити); обґрунтування ефективності антикризових заходів; забезпечення життєдіяльності організації в кризовому стані; послаблення негативних наслідків кризи; використання чинників та наслідків кризи для розвитку організації.

Причини виникнення криз різні, тому й управління ними також може відрізнятись. Це виявляється в алгоритмах розробки управлінських рішень та особливо у механізмі управління. Має бути створено стратегічний підхід щодо організації розробки системи державного антикризового управління охороною

здоров'я, що передбачає впровадження ефективних механізмів, які даватимуть змогу сприйняти зміни, ідентифікувати їх і забезпечити відповідну адаптацію нормативно-правових актів до вимог ЄС, а також господарської, фінансової та інвестиційної діяльності у сфері охорони здоров'я [6].

Система антикризового управління в закладі охорони здоров'я ґрунтується на наступних принципах (рис.1.1).

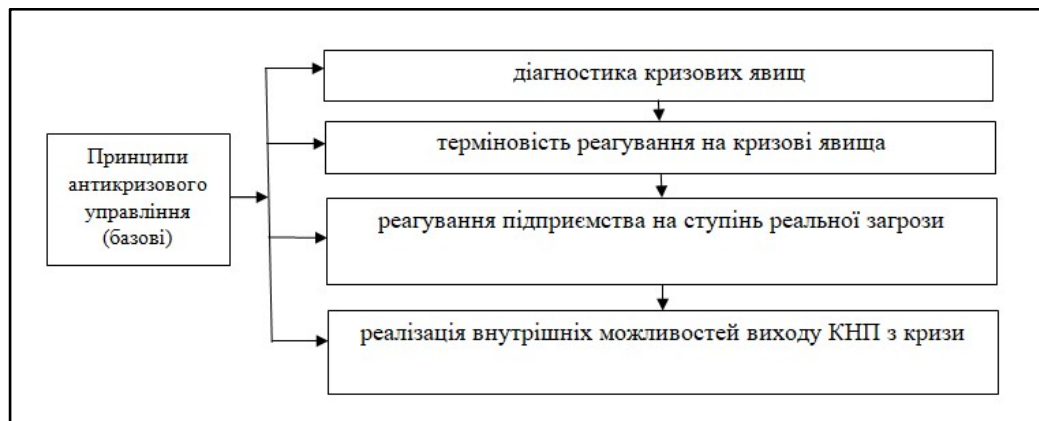


Рис.1.1. Принципи антикризового управління

Джерело: складено автором за [37].

Антикризове управління закладом охорони здоров'я проявляється у застосуванні різних форм, методів та процедур, що спрямовані на соціально-економічне оздоровлення фінансово-господарської діяльності ЗОЗ, створення та розвиток умов для виходу з кризового стану. Антикризове управління діє на всі види діяльності організації. Воно сприяє залученню інновацій, оновленню техніки та технологій, тобто науково-технічному розвитку. Особливістю антикризового управління є прискорена реакція на суттєві зміни зовнішнього середовища на основі попередньо розробленої процедури альтернативних варіантів прийняття рішень, що передбачають різні трансформації в медичній сфері в залежності від конкретної ситуації [14].

Антикризова програма закладу охорони здоров'я складається з наступних етапів [39]: формування робочої групи з числа зацікавлених осіб, підбір експертів; розробка плану-графіка проведення підготовчих робіт; проведення поглибленого аналізу фінансово-господарської діяльності організації, визначення причин існуючого стану та потреб, що стримують подальший розвиток; розробка антикризових альтернатив, тобто сукупності можливих заходів антикризової програми, гіпотез стосовно розвитку внутрішнього та зовнішнього оточення, прогнозування можливих наслідків їх реалізації; колегіальне обговорення сутності, наслідків та доцільності окремих висунутих альтернатив на засіданні групи експертів; підготовка експертного висновку з повною характеристикою кожного запропонованого антикризового заходу для особи, що приймає рішення; здійснення процедури вибору раціональних альтернатив, підготовка проекту антикризової програми; узгодження проекту антикризової програми з зацікавленими особами – населенням, органами державного управління та контролю тощо (відповідно до нормативних вимог); прийняття антикризової програми та доведення її положень до виконавців.

Модель взаємодії елементів механізму антикризового управління можна розглядати у вигляді сукупності послідовних заходів управлінського впливу (рис.1.2).

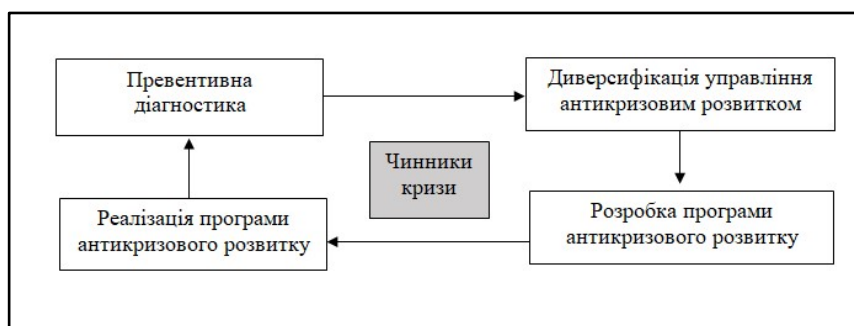


Рис. 1.2. Умовно діюча модель антикризового управління в ЗОЗ

Джерело: складено автором за [8].

Дана модель взаємодії елементів механізму антикризового управління, включає такі інструменти впливу на бізнес-процеси в установах медичної сфери:

превентивна діагностика; диверсифікація управління антикризовим розвитком, розробка та реалізація програми антикризового розвитку, що відображає причинно-наслідкові зв'язки управлінського впливу, будучи допоміжним інструментом підвищення ринкової вартості підприємств сфери послуг, їх ділової репутації та конкурентних переваг.

Принципами, яким мають відповідати методи превентивної діагностики є [36]: відповідність завданням превентивної діагностики – можливість ідентифікації проявів кризи, виявлення орієнтирів для усунення негативного впливу загрозливих тенденцій; система діагностичних показників має забезпечувати можливість обліку галузевих характеристик установ охорони здоров'я, отримання порівняльної оцінки, інтерпретацію даних та характеристику результату діагностики.

Головним завданням діагностики кризи економічної ефективності системи управління є визначення якості управління господарськими ресурсами. Це відбувається на основі системи економічних показників ефективності діяльності установ охорони здоров'я, зокрема, ефективності використання господарських ресурсів, фінансової віддачі результатів фінансово-господарської діяльності, фінансової віддачі засобів, авансованих у формування окремих видів ресурсів [37]. У даний час керівниками ЗОЗ розробляються різні плани антикризових заходів. Але вони, як правило, мають хаотичний, несистемний характер і нагадують швидше за все точкові ін'єкції в проблемні зони. Навіть професійні менеджери, що впровадили нові інформаційні технології, продовжують застосовувати старі управлінські організаційні моделі, що є складними і нерезультативними в кризових ситуаціях [9].

В умовах кризи ефективна робота закладу охорони здоров'я може бути забезпечена тільки раціональним витрачанням фінансування. На етапі формування антикризової програми варто проаналізувати витрати та розробити заходи щодо їх скорочення. Наприклад, до таких заходів можна віднести [6]:

медичній установі перейти зі статусу дрібнооптового покупця в крупнооптовий, це дозволить знизити витрати на 20–30% (при закупівлі бахіл, медичних рукавичок, систем для крапельниць, ланцетів, вакутайнерів та ін.); здійснювати закупівлі на більш довготривалий термін, по можливості скласти графіки поставки медикаментів, харчування, обладнання, інструментів, предметів догляду, реагентів, витратних матеріалів, що використовуються в процесі надання медичної допомоги; з метою економії електроенергії в медичній установі необхідно замінити звичайні лампи на енергозберігаючі.

Система антикризового менеджменту закладів охорони здоров'я має ґрунтуватись на сучасних інформаційних технологіях. Метою впровадження медичної інформаційної системи є створення умов для ефективного використання фінансових та матеріальних ресурсів, підвищення якості та доступності медичної допомоги [11]. Основою вдосконалення управління наданням медичної допомоги є ефективний процес прийняття рішень фахівцями з використанням можливостей сучасних інформаційних технологій, зокрема, вітчизняні медики використовують систему “eHealth”. Практичною користю для керівників вітчизняних медичних закладів від впровадження єдиної інформаційної системи є підвищення ефективності управління лікувально-профілактичним закладом (відстеження потоків пацієнтів і черг, планування обсягів медичної допомоги, швидкість прийняття управлінських рішень), а для лікарів даних закладів користь полягає в отриманні максимально повної інформації про здоров'я пацієнта, підвищення ефективності прийняття рішень щодо лікування, підвищення швидкості заповнення амбулаторних карт, історії захворювань.

На успішну реалізацію антикризових заходів в закладі охорони здоров'я впливатиме наявність наступних чинників [8]:

1. Інформаційне забезпечення медичного персоналу. Колектив має бути проінформований про реальний стан справ в установі, своєчасне інформування

підлеглих актуальною інформацією дозволить уникнути дестабілізації обстановки в відділенні.

2. Створення в колективі сприятливого психологічного клімату. В умовах передкризової та кризової ситуації мікроклімат особливо необхідний, щоб не було психологічного перевантаження, непорозумінь в колективі, що здатні призвести до конфліктів.

3. Навчання медичного персоналу. Існує вірогідність, що будуть потрібні додаткові навички, компетенції співробітників для реалізації кризових умов та вимог. Адже передумовою ефективного антикризового управління у медичній установі та формування її стабільного розвитку є підготовка та постійне підвищення кваліфікації медичних кадрів.

4. Швидкість вирішення поставлених антикризових завдань [7].

Економічна криза залишає свій відбиток практично в усіх сферах управління, не дивлячись на зусилля держави її наслідки відображаються і на медичній галузі. Подолання кризи – це керований процес. Успіх управління залежить від своєчасного розпізнавання кризи, симптомів її настання. Для боротьби з кризою та її передумовами важливо вміти не тільки ідентифікувати кризу, а й аналізувати причини та чинники її появи з метою успішної розробки антикризової стратегії, згідно до якої застосовувати заходи профілактики.

Система антикризового управління в рамках організації ефективної роботи повинна створювати умови, що визначають пріоритетність підвищення професіоналізму та кваліфікації медичного персоналу всіх рівнів. Це вимагає послідовного впровадження заходів з удосконалення культури управління закладом охорони здоров'я на оперативному і стратегічному рівнях [17].

Подолання кризових ситуацій потребує від ЗОЗ реалізації комплексних антикризових програм. Однак, ситуація ускладнюється тим, що не кожен заклад охорони здоров'я має кваліфікованих кадрів, що володіють знаннями та компетенціями в галузі кризових комунікацій. На даний час кадровий потенціал

є основою, що забезпечує функціонування цілої системи охорони здоров'я. Виходячи з цього, можна виділити перелік проблем, які впливають на рівень надання медичних послуг: недостатній рівень якості підготовки медичних працівників; проблема укомплектованості штату ЗОЗ; диспропорції в кількості працівників у місті та сільській місцевості; недостатній рівень мотивації медичного персоналу; низький рівень соціального захисту медичних працівників. Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я потрібно забезпечення достатнього рівня кваліфікації та професійного розвитку, а також ефективний механізм планування потреби в медичних кадрах.

Універсальних антикризових заходів для закладів охорони здоров'я не існує, оскільки всі ситуації різні. Для успішного виходу з кожної потрібен персональний підхід, що вимагає високої компетенції керівника. Керівнику закладу охорони здоров'я потрібно ретельно виконувати постійний моніторинг діяльності установи та при виявленні ситуацій, що свідчать про наближення небажаного стану справ, варто розробляти заходи антикризової програми з врахуванням особливостей своєї ЗОЗ та запропонованих заходів.

1.2. Основні теоретико-методологічні підходи антикризового управління ЗОЗ в умовах воєнного стану

До лютого 2022 року середовище функціонування суб'єктів медичної сфери характеризувалося як складне та нестабільне, що вимагало від них впровадження новітніх форм і методів управління та радикальних змін у принципах створення ефективних управлінських і виробничих систем. Після повномасштабного вторгнення РФ на територію України 24 лютого 2022 року середовище стало абсолютно непередбачуваним і вимагало щоденної уваги керівництва та вжиття відповідних заходів і рішень залежно від ситуації. У таких

умовах ефективним способом функціонування ЗОЗ слід вважати їх адаптивну політику як протидію в кризовій ситуації, спричиненій війною [132].

За останні роки медична галузь зазнала особливо помітних змін і викликів, ефективність вирішення яких є пріоритетним завданням для різних рівнів управління системою охорони здоров'я. Охорона здоров'я - це особлива сфера, в якій послуги надаються шляхом безпосереднього контакту зі споживачем. ЗОЗ надають соціальні послуги, і саме суспільство усвідомлює їх важливість. Щоб медичний заклад міг ефективно функціонувати у важкі часи, необхідно вчасно реагувати на зміни норм, стандартів, законодавства та використовувати грамотну систему антикризового менеджменту [129].

Воєнний стан – це нова реальність, яка диктує новий підхід до роботи медичної системи щодо надання допомоги як Збройним Силам України, так і цивільному населенню [78]. Медична реформа, розпочата навесні 2016 року розпорядженням КМУ «Про затвердження Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 року № 1013 [80], сприяла тому, що медичний сектор сьогодні вийшов на новий індустріальний рівень, докорінно змінивши соціальні, економічні, кадрові, комунікаційні та інноваційні аспекти системи охорони здоров'я, яка спочатку в умовах пандемії коронавірусної хвороби, а тепер і в повномасштабній війні, вміє якісно діяти та керувати найскладнішим фронтом, працюючи під обстрілами, у сховищах, на передовій, або в закладах більш безпечних регіонів, надаючи допомогу цивільному населенню та військовослужбовцям Збройних Сил.

За останні роки відбулися системні зміни, пов'язані з адміністративною реформою та реформою системи охорони здоров'я, основною метою яких є створення та запровадження нової моделі фінансування, чітких та прозорих державних гарантій щодо обсягу безоплатних медичних послуг, ефективного та справедливого розподілу державних коштів та обмеження неформальних платежів, створення стимулів для підвищення якості медичної допомоги

населенню державними та комунальними ЗОЗ. Мережа державних і комунальних ЗОЗ створюються з урахуванням потреб населення у сфері медичного обслуговування, необхідності забезпечення належної якості цієї допомоги, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, кадрових та фінансові ресурси [41].

Основною особливістю сучасної державної політики охорони здоров'я є те, що вона реалізується в контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами [53]. Якщо ми визначаємо характеристики системи охорони здоров'я та управління нею загалом, то це передбачає подвійне завдання: забезпечення ефективного захисту здоров'я нації; збереження та розвиток структурних елементів системи охорони здоров'я. Структурні елементи системи охорони здоров'я є унікальними або принаймні відрізняються від інших типів організацій, оскільки: один набір функцій і видів діяльності зазвичай є структурним елементом іншого або його зовнішнього середовища; набагато складніше визначити та виміряти результати діяльності; робота дуже різноманітна, складна і специфічна, переважно термінова і невідкладна; виробнича діяльність взаємопов'язана з іншими видами праці, вимагає високого ступеня координації діяльності різних професійних груп і надзвичайно високого ступеня їх спеціалізації; функції директора та медичного директора розділені: перший займається господарськими питаннями, а медичний директор займається виключно медичними питаннями.

Варто зауважити, що реформа медичної галузі в умовах війни відбувається з відповідними корективами, внесеними Урядом країни. Відповідно до Указу Президента України від 24 лютого 2022 року 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні» [105], з метою надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії затверджено тимчасові заходи наказом МОЗ України від 24.02.2022 № 374 "Про затвердження Тимчасових заходів у закладах

охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії росії проти України" [61], основні положення яких спрямовані на: законодавчу можливість залучення студентів до роботи в аптеках з метою заповнення наявних кадрових прогалин, що виникли внаслідок військової агресії росії проти України; забезпечення координації роботи робочої групи з питань лікування громадян України в закордонних клініках на період дії воєнного стану в Україні; видання Методичних рекомендацій щодо тактики проведення ліквідаційних робіт та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації; прийняття постанови про деякі питання порядку проведення медико-соціальної експертизи на період дії воєнного стану на території України, якою передбачено, що на період воєнного стану рішення щодо продовження тимчасової непрацездатності за її наявності приймається без направлення на медико-соціальну експертизу лікуючим лікарем або лікарсько-консультативною комісією; затвердження нормативно-правової бази щодо початку закупівель лікарських засобів за централізованими програмами; закупівля та поставка в Україну понад 700 тис. наркотичних препаратів, які використовуються в ЗОЗ для знеболювання поранених; угода про можливість використання коштів Світового банку (близько 45 млн. дол. США) для оснащення лікарень медичним обладнанням, що є пріоритетним в умовах воєнного стану.

Крім того, відповідно до наказу МОЗ України від 20.03.2022 № 507 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 24.02.2022 № 374», внесено зміни у роботу ЗОЗ, які зобов'язані призупиняти планову госпіталізацію пацієнтів у випадках [62]: завантаження понад 70% ліжкового фонду терапевтичного профілю; завантаження понад 50% фонду ліжка хірургічного профілю; за рішенням структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської обласної та міської військових адміністрацій з урахуванням тактичної обстановки. Медико-соціальна експертиза дорослих і дітей проводиться у

спрощеному режимі та заочно. Для допомоги постраждалим внаслідок збройної агресії росії проти України підготовлено додаткові хірургічні бригади. Крім того, відповідно до Наказу МОЗ № 507 вживаються заходи щодо збільшення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, а пацієнти з симптомами гострих респіраторних захворювань приймаються в окремих кабінетах з дотриманням вимог інфекційного контролю. Незважаючи на всі корективи в роботі ЗОЗ, екстрена медична допомога повинна надаватися в повному обсязі [62].

За період повномасштабного російського вторгнення в Україну рішенням українського уряду в медичній галузі були запроваджені деякі зміни, які можна підсумувати так: гроші не ходять за пацієнтом, а всі ЗОЗ отримують 1/12 від запланованого бюджету - уряд прийняв постанову, згідно з якою з 1 липня в регіонах, де зараз не ведуться бойові дії, запроваджується система оплати за фактично надані медичні послуги; зміни дозволяють ефективніше використовувати бюджетні ресурси та підвищують фінансову спроможність ЗОЗ; моніторинг якості послуг не проводитиметься; скасовано обов'язкове внесення даних в електронну систему охорони здоров'я для закладів, що знаходяться під окупацією або на передовій - близько 150 ЗОЗ отримали можливість не вносити дані пацієнтів в електронну систему, але вони продовжують це робити, оскільки вони очікують створення інституційних бюджетів на 2023 рік; МОЗ скасував мінімальний бал для вступу на медичні спеціальності – 100 замість 150 балів під час ЗНО, це рішення уряду повинне сприяти забезпеченню медичної галузі достатньою кількістю медичного персоналу, незважаючи на загрози низької фахової підготовки майбутніх лікарів. Під час реалізації антикризового управління ЗОЗ на період воєнного стану модернізуються організаційні, фінансові, кадрові та інші елементи системи охорони здоров'я України, що зображено на рисунку 1.3.

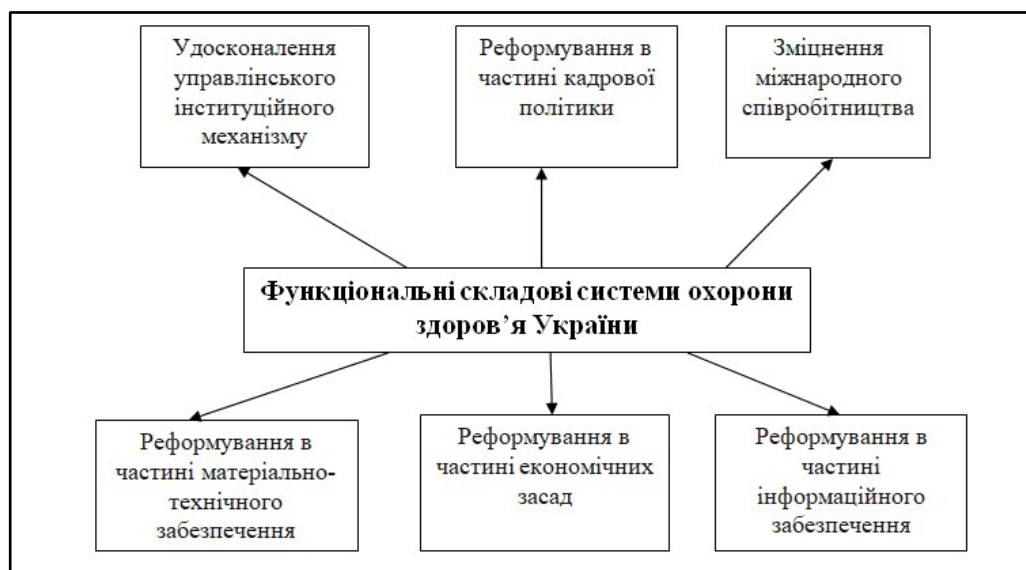


Рис. 1.3. Функціональні напрямки реформування системи охорони здоров'я України

*розроблено автором на основі [73].

Удосконалення управлінського інституційного механізму передбачає впровадження новітніх принципів, форм і методів управління якістю, адаптованих до національних реалій; оптимізація структури СОЗУ; оптимізація комунікацій; посилення принципу децентралізації управління при збереженні відповідальності за стан справ у сфері охорони здоров'я на кожному з її рівнів.

Реформування управління ЗОЗ полягає у посиленні ролей керівника ЗОЗ: керівник як конструктор відповідає за впорядкування організаційної структури закладу, інновації, оновлення та зміни, управління виробничими функціями, налагодження інформаційних систем, підвищення якості, управління людськими ресурсами та новими функціями тощо; керівник як стратег, що базується на аналітиці даних і комунікаціях, повинен чітко розуміти ситуацію та потреби організації, генерувати нові ідеї як можливості для розвитку, передбачати та своєчасно реагувати на загрози в оточенні; керівник як лідер зобов'язаний

активно шукати шляхи розвитку організації, щоб вона не тільки відповідала вимогам сьогодення, а й мала перспективи на роки вперед.

Реформування кадрової політики – це розробка нових моделей відносин у площині «лікар – організація», переосмислення цих відносин, розширення участі лікарів в управлінні діяльністю організації; впровадження нової системи відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я; формування якісного механізму мотивації та стимулювання медичного персоналу [128]. Реформи матеріально-технічного забезпечення - збільшення та оновлення основних фондів охорони здоров'я (поліпшення матеріально-технічного забезпечення, капітальне будівництво, модернізація та заміна застарілого технічного обладнання та ін.) та зміна податкової політики у придбанні матеріально-технічних ресурсів [128].

Реформування економічних засад полягає у створенні прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та цільового використання коштів та диверсифікації джерел фінансування: коштів місцевих бюджетів, добровільного медичного страхування, коштів накопичувальних фондів територіальних громад та благодійних фондів, благодійні пожертви та пожертви юридичних осіб та матеріальні ресурси, кошти, отримані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством. Реформи у сфері надання інформації - створення структурованої ІТ-системи, що містить інформацію правового, економічного, статистичного та консультативного характеру. Посилення міжнародного співробітництва – співпраця з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Фондом народонаселення ООН, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та іншими агентствами ООН, координація діяльності міжнародних організацій, що діють в Україні, щодо реалізації загальноєвропейської стратегії «Здоров'я для кожного в 21 столітті», реалізація положень Конвенції ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» та Конвенції ООН про права дитини [128].

Сьогодні керівники ЗОЗ розробляють різні антикризові плани. Але, як правило, вони мають хаотичний, безсистемний характер. В умовах кризи ефективну роботу закладу охорони здоров'я можна забезпечити за рахунок раціонального витрачання коштів. Система антикризового управління ЗОЗ має базуватися на сучасних інформаційних технологіях. Метою впровадження медичної інформаційної системи є створення умов для ефективного використання фінансових і матеріальних ресурсів, підвищення якості та доступності медичної допомоги. На успішне впровадження антикризових заходів у закладі охорони здоров'я впливатимуть такі фактори: надання інформації медичному персоналу; створення сприятливого психологічного клімату в колективі; навчання медичного персоналу; швидкість вирішення антикризових завдань [66].

Впровадження новітніх технологій з використанням ІТ та аналітичних медичних систем також широко обговорюється в медичних наукових колах, державних органах управління ЗОЗ та у сфері охорони здоров'я. Зарубіжний досвід може бути важливим в управлінні ЗОЗ України у воєнний час. Наприклад, у Німеччині та країнах Європи реалізована національна та міжнародна програма реформування охорони здоров'я «Asklepios – лікарня майбутнього». В результаті практичної реалізації цього проекту приватні медичні організації розробили низку раціональних рішень за програмою «Клініка майбутнього», яка в основному передбачає гнучку адаптацію будь-якого ЗОЗ, незалежно від його розміру та спеціалізації, до визначених параметрів програми. У більшості країн Європейського регіону принцип загальної медичної/сімейної практики став пріоритетним для розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги, яка набуває популярності і в Україні.

Подальший розвиток принципу загальної медичної практики в країнах Європи йде в напрямку створення медичних асоціацій (центрів). Наприклад, у Німеччині були створені великі лікувально-профілактичні установи. Позитивним

моментом таких державних програм є те, що первинна медико-санітарна допомога, діагностичні послуги та спеціалізована допомога доступні у новостворених об'єднаннях. Цей досвід заслуговує особливої уваги, адже через повномасштабну війну виникла необхідність у формуванні комплексних ЗОЗ для подолання наслідків війни. Велика кількість постраждалих від війни потребують комплексного лікування, а не лише спеціалізованого [74].

Специфіка управління ЗОЗ зумовлена тим, що охорона здоров'я є особливою сферою діяльності, тому управління в цих закладах має ґрунтуватися на планомірності, юридичній відповідальності, а в умовах війни – адаптивній політиці, тобто з урахуванням рішення та інтересів органів державного управління, суспільства; стан ринку медичних послуг під час війни (регіон, масштаб ураження, активність бойових дій тощо); потреби споживачів медичних послуг (цивільне населення та/або збройні сили); наявність ресурсів тощо. Політика адаптації організації в умовах змін – це швидка реакція на помилки чи виклики її середовища (їх дослідження та вирішення).

1.3. Досвід антикризового управління ЗОЗ в економічно розвинених країнах світу

Шістдесят четверта Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВООЗ) у травні 2011 року прийняла резолюцію про «посилення національного потенціалу охорони здоров'я та попередження надзвичайних ситуацій для забезпечення стійкості систем охорони здоров'я». У багатьох країнах посилюються ризики виникнення катастроф, стихійних лих, існує потреба зміцнення систем охорони здоров'я. Внаслідок виникнення катастроф, стихійних лих, збройних конфліктів виникають кризові ситуації, коли ЗОЗ не здатні в повному обсязі забезпечити населення медичними послугами, відсутнє фінансування, кадрові, матеріально-технічні ресурси. Україна не є винятком, адже збройний конфлікт на Сході підтвердив відсутність достатніх трудових, матеріально-технічних ресурсів,

фінансового забезпечення для надання якісної медичної допомоги населенню. В таких умовах постає необхідність напрацювання інструментів, засобів подолання кризових ситуацій ЗОЗ. Під кризовими ситуаціями будемо розуміти неспроможність ЗОЗ забезпечити населення медичними послугами вчасно через брак різних ресурсів. В першу чергу держава повинна забезпечити на національному рівні формування ефективного механізму антикризового управління ЗОЗ. Тоді як ЗОЗ повинні відповідати за техніку, технології надання медичної допомоги, кваліфікований медичний персонал, діагностичне обладнання тощо [79].

Антикризовий менеджмент системою ЗОЗ передбачає систематичність управління процесами з метою виведення ЗОЗ з кризового стану на основі системних змін. Менеджмент має базуватися на управлінні державними та приватними закладами. ВООЗ визначає систему охорони здоров'я як таку, що містить усі ресурси, ефективну організацію та ЗОЗ, які забезпечують взаємозалежні дії, спрямовані головним чином на покращення, підтримання або відновлення здоров'я [73].

Система антикризового управління ЗОЗ відповідно до методики ВООЗ повинна включати такі основні складові:

1. Ефективне керівництво, яке забезпечується керівниками та управлінським персоналом, що є найбільш критичною та відповідальною зоною управління в кризових ситуаціях. Для успішного керівництва та управління ЗОЗ потрібна стратегія, яка поєднуються з функціями контролю та нагляду, побудовою коаліції, підзвітністю, відповідними правилами та стимулами. Також необхідні ефективні координаційні структури, партнерські стосунки та адвокація, відповідна актуальна інформація для прийняття рішень, публічно-інформаційні стратегії, моніторинг та оцінка поточної ситуації [83].

2. Працівники охорони здоров'я (людські ресурси) включають усіх медичних працівників, які беруть участь у заходах із охорони та покращення

здоров'я населення. Саме персонал забезпечує якість медичних послуг, їх своєчасність з врахуванням наявних ресурсів та стану. Це потребує справедливого розподілу достатньої кількості працівників в різних зонах відповідальності. Працівники повинні бути компетентними та продуктивними, особливо в кризовому стані. Програма готовності до кризових ситуацій повинна забезпечити оцінку потреб в навчанні, розробку навчальних програм та навчальних матеріалів, організацію навчальних курсів [83].

3. Добре функціонуюча система охорони здоров'я забезпечує рівноправний доступ до основних медичних препаратів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, ефективності, а також їх науково обгрунтоване й економічно ефективне використання. Медичне обладнання та витратні матеріали для лікарень, тимчасових ЗОЗ, медичних фармацевтичних служб, лабораторні послуги та резервні служби крові, що необхідні у випадку кризового стану, також підпадають під "медичні препарати, вакцини та технології" [84].

4. Налагоджена функціонуюча інформаційна система охорони здоров'я – це система, яка забезпечує виробництво, аналіз, розповсюдження та використання достовірної та своєчасної інформації про детермінанти здоров'я, працездатність системи та стан здоров'я населення. Інформаційна система охорони здоров'я охоплює також збір, аналіз та звітність даних. Сюди входять дані, зібрані за допомогою оцінок ризиків та потреб (небезпека, вразливість та потенціал) та дані, що стосуються систем раннього попередження та загального управління інформацією [85].

5. Система фінансування охорони здоров'я забезпечує наявність адекватних коштів для фінансування ЗОЗ та їх фінансовий захист у разі кризи. Окрім надання коштів на основні програми управління кризовими ситуаціями в секторі охорони здоров'я, це забезпечує доступ постраждалим внаслідок кризи до основних послуг. При ефективній системі фінансування ЗОЗ та обладнання належним чином застраховані від шкоди або втрати [92].

6. Надання послуг – це процес надання якісних, безпечних та ефективних медичних послуг з мінімальним витрачанням ресурсів. Процес підготовки до кризових ситуацій, передбачений системою охорони здоров'я ВООЗ, дозволяє переглянути організацію та управління послугами, забезпечити стійкість ЗОЗ та забезпечити якість, безпеку та безперервність догляду в ЗОЗах протягом кризи. За даними ВООЗ (табл. 1.2). Україна суттєво відстає за показниками фінансування системи охорони здоров'я від країн ЄС [95].

Таблиця 1.1

Основні показники фінансування та забезпечення кадровими ресурсами системи охорони здоров'я України та деяких країн Європи станом на 2017 рік

Показник	Україна	Польща	Німеччина	Франція	Італія	Норвегія	Іспанія	Швеція
Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення в доларах США	125,0	796,7	4591,8	4026,1	700,4 ²	7464,1	2353,9	5600,1
Поточні витрати на охорону здоров'я у відсотках до валового внутрішнього продукту (ВВП) (%)	6,1	6,3	11,2	11,1	9,0	10,0	9,2	11,0
Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної спроможності	469,4	1704,2	5356,8	4542,3	350,6 ³	6221,6	3182,5	5298,6
Внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я (%)	51,5	29,9	15,5	21,1	25,1	14,6	29,0	16,3
Витрати населення "з власних кишень" у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я (%)	47,8	23,2	12,5	6,8	22,8	14,3	24,2	15,2

Лікарі, на 10 тисяч населення	30,1	24,0	42,1	32,3	0,9	46,3	40,7	54,0
Лікарі, осіб	134986,0	91730,0	344775,0	209367,0	242965,0	24583,0	188595,0	53119,0
Медичні сестри та акушери, на 10 тисяч населення	70,6	57,2	132,0	96,9	58,7	181,2	55,3	115,4
Медичні сестри та акушери, осіб	316771,0	218723,0	1081000,0	627062,0	348403,0	96,2	256333,0	113558,0

Сформовано на основі [139, 140,].

В Україні низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення; 125 дол. на 1 особу, тоді як у країнах Європи ці витрати значно більші. Частка витрат на охорону здоров'я від ВВП близька до цього показника у Польщі, тоді як в інших країнах вона складає в середньому 10,3%. Низькими також є поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної спроможності – 469,4 дол. в Україні, тоді як в інших країнах в середньому 4658 дол. на 1 особу [95]. Водночас, внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я в Україні складають 51,5%, в зарубіжних країнах в середньому 20,3%, тобто навантаження на населення в Україні при низькому рівні купівельної спроможності, заробітних плат та високій вартості медичних послуг є високим. Водночас, як нами виявлено у дослідженні [73], в Україні відсутнє добровільне медичне страхування, державне загальнообов'язкове медичне страхування, що зумовлює тінізацію оплати за медичні послуги. Відтак, витрати населення «з власних кишень» від поточних витрат на охорону здоров'я в Україні складають 47,8%, тоді як в розвинених країнах в середньому 16%. Відтак, у світовій практиці добровільне медичне страхування забезпечує 5-7% фінансування системи охорони здоров'я [104].

Надзвичайно важливими є характеристики охоплення населення страхуванням при отриманні первинної медичної допомоги і при придбанні прописаних ліків, які практично у всіх країнах становлять 95–100% (за винятком Ірландії – 33% по медичній допомозі, 30% по лікарських засобах; Кіпру – 80% і 35–40% відповідно, дані по Туреччині відсутні) [54].

У сучасній польській системі охорони здоров'я є чотири типи бригаад швидкої медичної допомоги: транспортні бригади (для транспортування пацієнтів, що не потребують інтенсивної терапії; для транспортування біологічних матеріалів (донорські органи, кров тощо)); базові бригади; спеціалізовані бригади; повітряні рятувальні бригади. Особовий склад таких бригад є різний. Для отримання посвідки рятувальника необхідно успішно пройти навчання з надання кваліфікованої першої медичної допомоги (66 учбових годин). Таке посвідчення є дійсним протягом трьох років і для продовження його дії потрібно повторно скласти кваліфікаційний іспит [44].

Близько 98% населення Польщі є платниками обов'язкових страхових внесків. Державним страховим органом виступає Національний Фонд охорони здоров'я (NFZ). В країні діє ряд нормативно-правових актів, котрі визначають безпосереднє здійснення медичної практики окремо державними та недержавними установами, так як громадяни мають можливість на свій розсуд обирати установу, в якій можуть отримувати необхідні для них послуги. Загалом функціонування медичної сфери має двосторонній контроль: з одного боку якість системи охорони здоров'я оцінюється через ступінь вдоволення пацієнтами отримуваними послугами, а з іншого – через оцінку відповідності дотримання ЗОЗ регламентованої системи правил, принципів та настанов, котрі регулярно оцінюються індикативними показниками [128].

Петрушка О. В. [] робить висновок про те, що різні системи медичного страхування зарубіжних країн мають певний, особливий вид страхування і на практиці не існує якоїсь єдиної правильної, універсальної моделі страхування, яка б підходила усім країнам. Незважаючи на різні джерела фінансування, системи охорони здоров'я іноземних країн сповідують спільні завдання: високу результативність медичного обслуговування, підвищення якості послуг та їх доступності широкому колу осіб. Тому реформу медичної галузі в Україні слід розпочати із вивчення основних переваг та недоліків існуючих моделей світових

систем медичного страхування. Стратегія формування витрат на рівні окремих лікарень також має свої особливості. На сьогоднішній день ЗОЗ не залежно від форм власності змушені організувати ефективну управлінську та фінансово-економічну діяльність [135]. І якщо приватні лікарні завжди дбали про пошук альтернативних джерел фінансування, то тепер і бюджетні установи повинні шукати додаткові джерела фінансування аби піклуватися про своє матеріально-технічне та кадрове забезпечення [139].

Для виконання даної мети керівники ЗОЗ змушені вдаватися до різноманітних методів стратегічного планування і передусім – до планування власних витрат. Від них вимагається моніторинг їх поточної діяльності, регулярний аналіз наявної фінансово-господарської ситуації (для бюджетної сфери – аналіз рівня ефективного розподілу і використання отриманих ресурсів), планування діяльності на близьку і далеку перспективу та прийняття дієвих управлінських рішень [143].

У Швеції підготовка формувань рятувальників здійснюється в Державних навчальних центрах, за затвердженими програмами і протоколами дій з надання медичної допомоги постраждалим в надзвичайній ситуації як мирного, так і воєнного характеру. Мета навчання – вироблення навичок надання допомоги потерпілим у наслідок пожеж і вибухів, повеней та інших катастроф [144].

Система швидкої допомоги у Франції базується на медичних кадрах, що пройшли спеціальну програмну підготовку й є кадровими фахівцями спеціальних установ (медичних та навчально-медичних, пожежних, поліцейських, транспортних). Навчання також здійснюється у спеціальних центрах підготовки. Після закінчення навчання рятувальник повинен щорічно підтверджувати рівень теоретичних знань та практичних вмінь [1].

Система охорони здоров'я у Франції характеризується поєднанням загальнообов'язкових державних програм і сектору приватного медичного страхування. При цьому пацієнт має право вільного вибору надавача медичних

послуг. Загальний доступ до медичних послуг здійснюється через національну систему медичного страхування, яка охоплює 99% населення Франції. Оскільки національна система медичного страхування не є всеохоплюючою і дозволяє отримувати лише базовий обсяг медичних послуг, 87% громадян зареєстровані у програмах добровільного медичного страхування, а медичну допомогу найбільш вразливим верствам населення надають благодійні організації [144].

У Німеччині медична допомога під час загрозливих станів надається спеціально підготовленими лікарями, але допускається надання такої допомоги парамедиками. Керівником медичної служби при виникненні надзвичайної ситуації призначають провідного лікаря, якій має 4-річний стаж роботи в зазначеній системі. Попередньо, провідний лікар регіону повинен пройти спеціальну підготовку, мати теоретичний і практичний досвід у цій сфері, добре знатись в організаційно-штатній структурі підвідомчих йому установ та рятувальних служб, уточнювати плани готовності до дій в надзвичайних ситуаціях. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% населення ФРН. Система медичного страхування Німеччини вирішує свої фінансові питання автономно і незалежно від державної казни [145].

До переваг німецької системи охорони здоров'я варто віднести високі показники якості надання медичної допомоги, оснащеності медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікації медичних працівників і, найголовніше, доступності медичного обслуговування для всіх верств населення. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи профілактику захворювань, амбулаторне й стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичне устаткування, оплату проїзду до закладу охорони здоров'я тощо [].

Система охорони здоров'я Італії характеризується значним рівнем децентралізації, а її фінансування носить переважно державний характер із незначною часткою співфінансування медичних послуг населенням. Державою

встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян, а також визначені умови отримання медичної допомоги від приватних закладів. Незважаючи на універсальність італійської системи медичного забезпечення, вона є надто бюрократизована, загалом рівень системи охорони здоров'я в Італії є нижчим за середній у Європейському Союзі [152].

У переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління первинними ЗОЗ (ПМД) (встановлення пріоритетів, фінансування, забезпечення послуг, планування поставок, контроль якості) достатньо децентралізована та здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів ПМД. Централізовано на національному рівні ПМД реалізується лише в 6 країнах (Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині та Швейцарії), невеликих за площею та з відносно малою чисельністю населення [152].

Державна форма фінансування заснована на концепції В. Беверіджа, яка полягає в тому, що система охорони здоров'я фінансується за рахунок цільового оподаткування, а медичне обслуговування доступне для всіх верств населення. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена у Великобританії, Данії, Ірландії, Канаді та інших країнах. До її переваг можна віднести загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливість розподілу засобів [185].

За висновками дослідження сила та ефективність систем ПМД не мають прямого зв'язку з рівнем економічного розвитку країни. Більш важливими умовами для формування сильної ПМД є узгодженість та збалансованість у рамках системи структурного та процесного аспектів, їх окремих компонентів. Визнано, що провідне значення для ефективності системи ПМД мають збільшення доступності, координованості допомоги із застосуванням принципу воротаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами. В Україні

намітилися чітка тенденція до розвитку ПМД як однієї з провідних складових системи охорони здоров'я. Однак система ПМД залишається дуже слабкою передусім через недостатню системність і послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку ПМД.

За інтегральною характеристикою в першу п'ятірку країн із найбільш високим рівнем антикризового управління в системі ПМД (2,6–2,1 за 3-бальною шкалою у міру зменшення) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія та Італія; в останню п'ятірку (2,1– 2,25 балу у міру збільшення) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина та Ісландія [].

Основними складовими системи антикризового управління ЗОЗ в кризових умовах є: ефективне керівництво, яке забезпечується керівниками та управлінським персоналом; людські ресурси; рівноправний доступ до основних медичних препаратів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, ефективності; налагоджена функціонуюча інформаційна система охорони здоров'я; фінансування ЗОЗ та їх фінансовий захист у разі кризи; процес надання якісних, безпечних та ефективних медичних послуг з мінімальним витрачанням ресурсів [190].

Досвід зарубіжних країн вказує на побудовані ефективні модулі управління системою охорони здоров'я завдяки таким заходам та інструментам: ефективний механізм фінансування на основі державного або приватного добровільного медичного страхування; страхування при отриманні первинної медичної допомоги і при придбанні прописаних ліків; ефективна система швидкої медичної допомоги; ефективна управлінська та фінансово-економічна діяльність; різноманітні методи стратегічного планування і передусім – до планування власних витрат; спеціальні програмні підготовки персоналу до кризових ситуацій; медична допомога під час загрозливих станів надається спеціально підготовленими лікарями; оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, висока кваліфікація медичних працівників

та доступність медичного обслуговування для всіх верств населення; встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян.

У більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ЗОЗ (встановлення пріоритетів, фінансування, забезпечення послуг, планування поставок, контроль якості) достатньо децентралізована та здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів. Дослідження засвідчують що криза може мати непередбачуваний перебіг, виникати як наслідок чи мати численні наслідки. Управління кризовими ситуаціями має важливе значення для запобігання, передбачення та реагування на надзвичайні ситуації, як тільки вони виникають. Однак, якщо уникнути кризи неможливо, необхідно вжити заходів для мінімізації негативних наслідків [190].

Великі масштаби та серйозність пандемії COVID-19 змусили системи охорони здоров'я багатьох країн світу кардинально змінити спосіб роботи. Щоб підтримувати високий рівень медичної допомоги під час пандемії, медичним працівникам довелося прийняти важливі рішення про те, як оптимізувати розподіл ресурсів, кількість персоналу, рівень відшкодування та забезпечити адекватне постачання засобів індивідуального захисту. Пандемія зумовила медичних працівників працювати довше, ніж будь-коли, і стикатися з вищим рівнем стресу [190].

Стратегії управління кризою є важливими для ЗОЗ, щоб адаптуватися до змін, викликаних пандемією COVID-19. Ці стратегії, які впроваджують ЗОЗ, включають розширення використання цифрових рішень для навчання персоналу та навчання пацієнтів, а також впровадження передових медичних технологій. Запроваджуючи більшу операційну гнучкість і зручні для персоналу системи, ЗОЗ допомагають надавачам медичних послуг підтримувати високу якість лікування в цій безпрецедентній ситуації [190].

Управління кризою зосереджується на діях, які застосовуються до, під час і після кризи. Ефективне антикризове управління закладом охорони здоров'я вимагає чотирьохетапного процесу: тестування, відстеження контактів, спостереження та дезактивація. Регулярне проведення антикризових заходів може націлити та сформувати ефективну підсистему управління закладом охорони здоров'я у кризовій ситуації. Одним із заходів антикризового управління закладом охорони здоров'я слід відзначити забезпечення співпраці з гуманітарними організаціями, а також приватними та статутними організаціями, які можуть надати додаткову допомогу службам екстреної допомоги та профілактичним пунктам у розвитку та вдосконаленні матеріально-технічної бази. Комплекс антикризових заходів має носити системний характер, що в майбутньому допоможе удосконалити структуру ЗОЗ [190].

Що стосується передового досвіду антикризового управління у закладах охорони здоров'я, то необхідно відзначити, що Італія була першою європейською країною, яка серйозно постраждала від COVID-19, і незабаром випередила Китай як за кількістю смертей (19 березня), так і за кількістю позитивних випадків (27 березня). З огляду на те, метою антикризового управління ЗОЗ Італії було згладити «криву» кількості пацієнтів, які потребують одночасної госпіталізації [195].

Практика засвідчує, що COVID-19 поширювався Італією з першого тижня березня і тому уся Італія була класифікована як «червона зона». З моменту першого спалаху по всій Італії діяли постійні обмеження на особисте пересування, бізнес, туризм, спортивні заходи та всі форми громадських зібрань. Однак, незважаючи на ці заходи, вплив COVID-19 на італійські ЗОЗ був руйнівним [201]. Через брак кваліфікованих інфекціоністів багато медичного персоналу перейшли до відділень інтенсивної терапії, інфекційної медицини та респіраторної медицини [206].

Органи державної влади Італії були змушені заборонити всі неекстрені та відстрочені заходи в лікарнях. Основними проблемами італійських лікарень на піку пандемії були відсутність ліжок у відділеннях інтенсивної терапії, відсутність засобів індивідуального захисту, обмежена доступність тампонів та інструментів моніторингу, а також відсутність координації між різними учасниками системи охорони здоров'я [212]. Однак, незважаючи на ці виклики, деякі ЗОЗ Італії змогли ефективно відреагувати на кризу. Деякі з них розробили та ефективно реалізували стратегії антикризового управління, що допомогло їм забезпечити безпеку персоналу та обмежити вплив інфекції на персонал. Незважаючи на моральні та етичні зобов'язання щодо підготовки до криз, ЗОЗ часто погано оснащені для вирішення складних медичних криз. У зв'язку з пандемією COVID-19 виникла проблема відсутності урядових вказівок щодо догляду за ЗОЗ під час кризи. Разом з тим, важливим заходом антикризового управління стало впровадження кризових стандартів медичної допомоги, які допоможуть надати допомогу населенню етичним чином, зберігаючи здатність впоратися зі сплеском пандемії COVID-19.

Щодо досвіду Німеччини у напрямку антикризового управління ЗОЗ, то Служба громадської охорони здоров'я (ÖGD) у Німеччині була виснажена до межі своїх основних завдань через пандемію. Зокрема, це стосується визначення ланцюга зараження, виявлення джерела інфекції та попередження зараження, виявлення індикаторних випадків, відстеження контактів і карантин інфікованих і підозрюваних випадків. Багатьом ЗОЗ довелося діяти більш незалежно та корегувати свої стратегії. Основна увага була зосереджена на більш ефективному відстеженні контактів для стримування інфекції. Однак для індикаторних випадків (ідентифікація джерела) не завжди можна було ідентифікувати контакт, який спричинив зараження. Особливо проблематичним був дуже різний рівень цифровізації системи звітності закладу охорони здоров'я, який суттєво вплинув на ефективність процесу [1].

У США відсутність готовності системи охорони здоров'я до потреб догляду за пацієнтами в умовах пандемічної кризи стала безперечним недоліком антикризового управління. Практика показує, що окремі штати в США несуть відповідальність за управління громадською охороною здоров'я в межах своїх кордонів, і підкреслення їхньої відповідальності допоможе покращити готовність протягом тривалого часу. Тому важливим заходом антикризового управління ЗОЗ має стати запровадження нового законодавства та політики, які окреслюють чіткий і стислий рівень готовності до різного роду криз в сфері охорони здоров'я [214]. Поряд з тим, надавачі медичних послуг під час антикризового управління повинні взяти на себе зобов'язання піклуватися про пацієнтів, які цього потребують. Своєю чергою, організація системи охорони здоров'я повинна бути спрямована на дотримання набагато вищого рівня готовності до кризових ситуацій, щоб гарантувати, що працівників ЗОЗ виконуватимуть покладені на них функції у випадку настання кризи.

Вчені Мерівільльського університету (США) заявляють, що під час кризи в охороні здоров'я керівництво має бути чуйним і оперативно реагувати на різноманітні потреби населення. Сильне медичне лідерство під час кризи починається ще до того, як подія навіть відбулася, і триває довго після закінчення кризи. Антикризове управління ЗОЗ має виходити за межі вирішення проблем людей, які отримують лікування. У такому контексті також потрібно враховувати потреби працівників, які виконують таке лікування [214].

Щоб забезпечити якісне обслуговування пацієнтів і добре забезпечений персонал під час кризи, керівники ЗОЗ повинні зосередитися на плануванні, спілкуванні та швидких діях. В ідеалі формування команди для сприяння реагування на кризові ситуації до виникнення проблем має бути одним із головних пріоритетів керівництва. Керуючи реагуванням на кризу, треба бути готовими спілкуватися з усіма відділами ЗОЗ, аналізувати проблеми та пропонувати дії для вирішення кризи. У ході антикризового управління система

охорони здоров'я має використовувати низку загальних стратегій для швидкого виявлення відставання в лікуванні та реформування служб, щоб краще підготуватися до майбутніх шоків. Такі заходи мають включати аутсорсинг медичних послуг, подовження робочого дня, розширення дистанційних і домашніх послуг, розділення планової та позапланової медичної допомоги та впровадження нових моделей кадрового забезпечення для найкращого використання наявного персоналу [217].

Щоб покращити майбутню стійкість, державам доцільно інвестувати значні кошти у свою робочу силу, щоб найняти та утримувати персонал у ключових секторах та інфраструктурі системи охорони здоров'я, щоб модернізувати ЗОЗ та розширити можливості невідкладної та амбулаторної допомоги. Керування ефективною організацією системи охорони здоров'я означає зосередження на комплексному навчанні, плануванні та підготовці до неминучих криз. Така підготовка включає визначення пріоритету швидкої та чіткої комунікації як із зовнішнім світом, так і з внутрішніми командами, щоб гарантувати, що репутація організації не постраждає під час кризи [217].

Доцільно відзначити, що антикризове управління ЗОЗ виявляється у використанні різноманітних форм, методів і процедур, спрямованих на соціально-економічне покращення фінансово-господарської діяльності ЗОЗ, створення та розвиток умов для виходу з кризового стану. Кризове управління стосується всіх видів діяльності в закладі. Ознакою антикризового управління є прискорене реагування на суттєві зміни зовнішнього середовища на основі попередньо розроблених процедур альтернативних варіантів прийняття рішень, які передбачають різноманітні зміни в галузі охорони здоров'я залежно від ситуації [189].

Таким чином, враховуючи передовий досвід економічно розвинутих країн (Італії, Німеччини, США) ключовим заходами антикризового управління закладом охорони здоров'я мають стати, по-перше, ефективне управління за

допомогою менеджерів і керованих пристроїв, по-друге, наявність людського потенціалу, по-третє, рівний доступ до основних ліків, вакцин і медичних технологій. Виявлено, що у більшості провідних країн світу основні функції охорони здоров'я (визначення пріоритетів, фінансування, надання послуг, планування лікування, контроль якості) виконуються децентралізовано на рівні регіональних чи місцевих органів влади Систематизація досвіду ЗОЗ щодо антикризового управління стане пріоритетом реформування системи антикризового управління ЗОЗ України [190].

Досвід іноземних країн показує, що існують різні успішні стратегії, які Україна може взяти на озброєння для вирішення цієї проблеми, вивчивши досвід інших країн. Пропонуємо десять способів вирішення проблеми фінансування медичних закладів в Україні на основі зарубіжного досвіду, а також приклади того, як окремі країни або установи реалізували ці стратегії [190]:

1. Збільшити державне фінансування охорони здоров'я. Уряд може збільшити бюджет, що виділяється на охорону здоров'я, щоб забезпечити ЗОЗ необхідними ресурсами для надання якісних медичних послуг населенню. Наприклад, у Канаді федеральний і провінційний уряди спільно фінансують медичні послуги, щоб забезпечити доступ до медичної допомоги всім громадянам.

2. Запровадити систему медичного страхування. Система медичного страхування може забезпечити стійку модель фінансування медичних закладів. У Німеччині громадяни зобов'язані мати медичне страхування, яке покриває вартість медичної допомоги.

3. Збільшити приватні інвестиції в охорону здоров'я. Заохочення приватних інвестицій у ЗОЗ може забезпечити додаткове фінансування охорони здоров'я. У США приватні лікарні та клініки є значним джерелом фінансування охорони здоров'я.

4. Створювати державно-приватні партнерства. Державно-приватне партнерство може забезпечити додаткові ресурси для медичних закладів. Наприклад, у Великій Британії Національна служба охорони здоров'я (NHS) співпрацює з приватними постачальниками медичних послуг для розширення доступу до медичної допомоги.

5. Використовувати благодійність. Благодійні пожертви можуть забезпечити додаткове фінансування для ЗОЗ. У Сполучених Штатах багато лікарень і медичних науково-дослідних установ отримують значне фінансування з благодійних джерел.

6. Впровадження заходів з економії коштів. ЗОЗ можуть впроваджувати заходи з економії коштів, щоб зменшити витрати і вивільнити ресурси.

7. Удосконалювати систему профілактичної медицини. Інвестиції в превентивну медицину можуть знизити витрати на охорону здоров'я в довгостроковій перспективі за рахунок зниження рівня захворюваності та хвороб.

8. Заохочувати медичний туризм. Медичний туризм може забезпечити додатковий дохід для медичних закладів. Наприклад, в Індії медичний туризм є значним джерелом фінансування охорони здоров'я.

9. Запровадити систему плати за користування. Плата за користування може забезпечити додаткове фінансування медичних закладів. В Австралії громадяни сплачують абонентську плату за медичні послуги, яка використовується для фінансування охорони здоров'я.

10. Покращити управління системою охорони здоров'я. Ефективне управління охороною здоров'я може забезпечити ефективний та раціональний розподіл ресурсів. У Швеції система децентралізованого управління охороною здоров'я призвела до підвищення ефективності та зниження витрат [193].

Отже, існують різні успішні стратегії, які Україна може взяти на озброєння для вирішення проблеми фінансування медичних закладів. Збільшуючи

державне фінансування охорони здоров'я, впроваджуючи систему медичного страхування та збільшуючи приватні інвестиції в охорону здоров'я, Україна може покращити фінансування медичних закладів та забезпечити краще матеріально-технічне постачання та покращити доступність медичних послуг. Важливо, щоб уряд та зацікавлені сторони визначили пріоритетність вирішення цього питання для забезпечення здоров'я та добробуту населення [188].

Світовий досвід показує, що різкий підйом рівня захворюваності вимагає оперативного антикризового управління ЗОЗ на всіх рівнях. При цьому, оперативні дії повинні здійснюватися спочатку на локальному, а потім і на державному рівні. Як тільки захворювання виходить за межі країни, антикризові регулятивні заходи здійснюються на рівні міжнародному. Розглянемо декілька важливих прикладів в історії медицини, які показали методи антикризового реагування.

- Спалах лихоманки Ебола в Західній Африці в 2014-2016 рр. був одним з найбільших в історії, зачепивши кілька країн, включаючи Гвінею, Ліберію та Сьєрра-Леоне. ЗОЗ цих країн тісно співпрацювали з міжнародними гуманітарними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC), щоб впровадити заходи з контролю за поширенням хвороби. Це включало в себе створення лікувальних центрів, навчання медичних працівників та впровадження заходів з обмеження пересування інфікованих осіб.

- Пандемія грипу H1N1 у 2009-2010 рр. стала глобальною надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я, яка зачепила громади по всьому світу. ЗОЗ відреагували на пандемію активізацією зусиль з вакцинації населення, наданням інформації про вірус та його симптоми, а також роботою з ізоляції інфікованих осіб з метою запобігання подальшому поширенню вірусу.

- Епідемія ВІЛ/СНІДу в країнах Африки на південь від Сахари є перманентною кризою громадського здоров'я протягом десятиліть. ЗОЗ в

постраждалих країнах реагують на неї, впроваджуючи заходи профілактики та контролю, такі як забезпечення доступу до антиретровірусної терапії, розповсюдження презервативів та пропаганда безпечного сексу.

- Епідемія холери на Гаїті в 2010 році стала серйозною кризою в сфері охорони здоров'я, що торкнулася тисяч людей. ЗОЗ Гаїті та міжнародні гуманітарні організації працювали над тим, щоб контролювати поширення хвороби, забезпечуючи доступ до чистої води та лікуючи інфікованих антибіотиками. Крім того, були проведені освітні та інформаційні кампанії з питань охорони здоров'я, щоб зменшити ризик подальших спалахів захворювання.

- Пандемія COVID-19 вплинула на громади по всьому світу, що призвело до значного зростання рівня захворюваності в багатьох територіальних громадах. ЗОЗ відреагували на це, запровадивши заходи з контролю за поширенням вірусу, такі як дотримання правил соціальної дистанції, збільшення можливостей для тестування та лікування, а також розробка та розповсюдження вакцин. Щоб вирішити проблему нестачі кадрів, багатьом ЗОЗ також довелося адаптуватися до підвищеного попиту на медичну допомогу, впроваджуючи телемедицину та інші інноваційні рішення, щоб продовжувати надавати допомогу пацієнтам, обмежуючи при цьому особисті візити до лікарів.

1.4. Вивчення системи охорони здоров'я. Аспекти законодавства

В умовах стрімкого реформування галузі охорони здоров'я та докорінної трансформації моделі системи охорони здоров'я постає питання щодо вдосконалення та розробки правового забезпечення автономізації ЗОЗ (ЗОЗ). Законодавство виступає підґрунтям для процесів децентралізації в галузі охорони здоров'я.

Авторами визначається основна проблема правового забезпечення галузі охорони здоров'я – невідповідність законодавства про охорону здоров'я Конституції України в частині невідповідності принципу надання безоплатної медичної допомоги. Відповідно відзначається важливість ухвалення Концепції, яка б не суперечила основному закону України та відповідала йому. Відповідно визначається головний принцип реформування – забезпечення конкурентоспроможності постачальників медичних послуг та мотивація надання послуг.

В Україні запроваджено децентралізацію галузі охорони здоров'я та автономізації комунальних ЗОЗ. У серпні 2014 року МОЗ України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. Виконавча і законодавча гілки української влади успадкували систему охорони здоров'я, успадковану від радянського періоду – модель Семашка, при цьому спотворивши її. В ній вся система є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Саме тому в Україні відбувся перехід до нової моделі системи охорони здоров'я (СОЗ), що потребує зміни, оновлення та вдосконалення нормативно-правової бази, яка слугує фундаментом ефективності функціонування СОЗ.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я передбачає реалізацію таких реформ [71]:

- визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості. Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) буде супроводжуватися перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики.

- оптимізація структури та кількості лікарень в Україні, формування віртуальної мережі та єдиного простору медичних закладів, збереження окремих державних лікарень, як постачальників послуг, приватизація медичних закладів;
- розвиток державно приватного-партнерства, особливо у сферах лабораторної діагностики та немедичних послуг, на основі прагматичного підходу та доказової медицини;
- формування системи високо технологічних центрів, які повинні забезпечувати доступ до сучасних технологій та ставати центрами розвитку і агентами змін. Передбачається, що такі заклади першими повинні відмовитися від державного утримання та перейти на виконання державного замовлення із диверсифікацією джерел фінансування.

- автономізація ЗОЗ, що потребує розробки правового забезпечення.

Таким чином, в Україні відбувається автономізація ЗОЗ, яка визначається:

- загальним нормативним забезпеченням: Конституцією України, Господарським кодексом, Бюджетним кодексом, Цивільним кодексом України, Податковим кодексом, Кодексом законів про працю України, Законами «Про приватизацію» та «Про місцеве самоврядування в Україні»;
- спеціальним нормативним забезпеченням: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6], «Про автономізацію медичних закладів» [9] (Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності ЗОЗ» від 06.04.2017 № 2002-VIII), Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168- VIII [10], Постановами КМУ та Наказами МОЗ, Методичними рекомендаціями МОЗ щодо автономізації ЗОЗ.

Відповідно до Закону України «Про приватизацію» [11] державні заклади охорони здоров'я, у тому числі приміщення, в яких розміщуються державні

заклади охорони здоров'я, приватизації не підлягають. Така ж норма визначена у Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6], зокрема «залежно від форми власності ЗОЗ утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні ЗОЗ не підлягають приватизації». За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Проте у Законі визначено, що в результаті реорганізації державних та комунальних ЗОЗ можуть мати відокремлене майно з правом оперативного управління, самостійний баланс, самостійно складати штатний розпис, володіти рахунками в банках. У листопаді 2017 року в Україні вступив в дію Закон про автономізацію медичних закладів та юридичної допомоги керівникам ЗОЗ всіх регіонів [9].

Автономізація – це процес реорганізації комунального закладу охорони здоров'я у некомерційне комунальне підприємство, що дасть змогу розширити права та свободи в управлінні та прийнятті управлінських рішень керівниками медичних закладів [26]. Тобто автономізація передбачає збільшення автономності, самостійності управління, сприятиме поліпшенню якості медичних послуг, підвищенню економічної ефективності їх фінансування.

Реорганізації бюджетних медичних закладів у КНП дає змогу керівництву: формувати та реалізовувати кадрову політику, встановлення різних форм оплати праці; змінювати та визначати організаційну структуру закладу; формувати фінансовий план та розпоряджатися коштами, відкривати банківський рахунок; співпрацювати з іншими ЗОЗ для перерозподілу функцій та оптимізації фінансових, людських та матеріальних ресурсів; наймати лікарів фізичних осіб-підприємців. Для контролю за діяльністю ЗОЗ сформовані спостережні та наглядові ради, до яких входять представники ЗОЗ, органи місцевого самоврядування, місцеві депутати та представники громади. При цьому треба

розуміти, що при зміні організаційно-правової форми повністю зберігається форма власності, тобто державні бюджетні ЗОЗ залишаються державними, комунальні – комунальними. Інструменти, які сьогодні мають головні лікарі та керівники медичних закладів приватної форми власності, так само мають і керівники державних та комунальних лікарень.

У табл. 1.2 відображено правові механізми та стан реалізації Закону про автономізацію.

Таблиця 1.2

Правові механізми та стан реалізації Закону про автономізацію

№ з/п	Назва нормативно-правового акта	Термін та результати виконання
Кабінет Міністрів України (КМУ) затверджує		
Прийняті нормативно-правові акти		
1	Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального ЗОЗ та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального ЗОЗ, а також типова форма такого контракту	Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1094 Постанова КМУ від 16 жовтня 2014 р. № 642 (зі змінами від 27 грудня 2017 р. № 1077)
2	Порядок утворення, права, обов'язки спостережної ради закладу охорони здоров'я і типові положення про неї	Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1077
3	Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, перелік платних послуг з медичного обслуговування	Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075
4	Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, порядок укладання таких договорів і типова форма договору	06.11.2017 р. – не виконано
5	Перелік платних послуг з медичного обслуговування населення	06.11.2017 р. – не виконано
6	Перелік ЗОЗ, які не підлягають реорганізації в казенні підприємства та/чи комунальні некомерційні підприємства	06.11.2017 р. – не виконано
МОЗ України затверджує		
7	Примірний договір між ЗОЗ та розпорядником бюджетних коштів	06.11.2017 р. – не виконано

Джерело: сформовано автором.

Проте, не зважаючи на впроваджені реформи, варто виділити основні проблеми автономізації, зокрема відсутність підзаконного акту, необхідного для впровадження процесу автономізації ЗОЗ. МОЗ України розроблено Методичні рекомендації з питань перетворення ЗОЗ з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства [45], що передбачає алгоритм реорганізації ЗОЗ у КНП, визначає юридичні аспекти та особливості перетворення, пропонує варіанти вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого ЗОЗ, описує правове регулювання КНП та його фінансування.

Відповідно до Методичних рекомендацій рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного ЗОЗ. Ініціювати реорганізацію мають право голова, депутати ради, заступники голови ради, постійні комісії ради, виконавчий орган ради (наприклад міська державна адміністрація), загальні збори громадян, члени територіальної громади. Завершальним етапом у процесі ініціювання питання щодо реорганізації є затвердження порядку денного депутатами на пленарному засіданні ради та перехід до розгляду питання по суті.

Таким чином, Методичні рекомендації повністю визначають процедури та етапи реорганізації ЗОЗ у КНП. Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з інформацією МОЗ України, передбачено повний перехід до 2020 р. від системи фінансування медичних закладів до системи оплати наданого медичного обслуговування, яка здійснюватиметься за господарськими договорами з Національною службою здоров'я України [10]. Наведені акти, не розроблені на сьогодні, очікують узгодження із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» і будуть розроблені найближчим часом. Зважаючи на проведені дослідження, доцільно виділити напрямки вдосконалення та розробки нормативно-правового забезпечення закладу охорони здоров'я зі зміни

юридичної форми: прийняття Концепції про модель фінансування ЗОЗ, які реформуються та проходять реорганізацію; деталізація механізму реорганізації закладу охорони здоров'я з комунальної у приватну власність; підготовка та затвердження ефективних та реальних для впровадження механізмів у вигляді постанов Уряду, наказів МОЗ України; підготовка постанови, що визначає порядок розрахунку вартості медичних послуг; формування та впровадження вимог до діяльності реорганізованих медичних закладів задля ефективної підзвітності розпорядників коштів за їх використання різним суб'єктам фінансування; нормативне регулювання відповідальності медичних закладів за надані медичні послуги; затвердження нормативного акту, що визначає перелік платних послуг та лікарських засобів; оперативність оновлення існуючих нормативно-правових актів відповідно до практики здійснення реорганізації та автономізації; розробка методичних рекомендацій щодо формування фінансового плану та прогнозування необхідної кількості медичних працівників, структури та ефективності закладу охорони здоров'я; чітко прописати механізми банкрутства лікувальних закладів. Доцільно також ухвалити Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичну допомогу (медичне обслуговування)», «Про професійну відповідальність та медичне самоврядування», «Про соціальне медичне страхування». Існуюче законодавство можна класифікувати на загальні та спеціальні правові норми регулювання процесів перетворення ЗОЗ у КНП.

Проведене дослідження дає змогу зробити висновок про недосконалість нормативно-правового забезпечення щодо: автономізації ЗОЗ державної та комунальної власності, законодавчого визначення кризового стану ЗОЗ, стану і механізму банкрутства ЗОЗ, механізмів виходу з кризи ЗОЗ з врахуванням особливості їх соціального ефекту для населення на відміну від КНП інших галузей.

Висновки до розділу 1.

1. Установлено, що система охорони здоров'я України тривалий час функціонує в умовах кризи, її ознаками є низький рівень фінансування галузі, високий рівень витрат громадян, низька якість медичної допомоги, плинність кадрів (під час реформи), збільшення навантаження на медичний персонал (в умовах пандемії), підвищена смертність медичного персоналу та пацієнтів (в умовах пандемії), втрата людського та інтелектуального потенціалу (в умовах війни), руйнування інфраструктури ЗОЗ (в умовах війни) тощо, які обумовлені реформуванням, війною, епідемією COVID-19.

2. Показано, що за інтегральною характеристикою в першу п'ятірку країн із найбільш високим рівнем управління в умовах кризового стану (2,6–2,1 за 3-бальною шкалою у міру зменшення) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія та Італія; в останню п'ятірку (2,1– 2,25 балу у міру збільшення) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина та Ісландія. Розвинені країни світу мають досвід виходу з кризи та антикризового управління, який полягає в них в побудові ефективної моделі управління системою охорони здоров'я, яка передбачає модель антикризового управління, в тому числі ефективний механізм фінансування на основі державного або приватного добровільного медичного страхування; страхування при отриманні первинної медичної допомоги і при придбанні прописаних ліків; ефективна система швидкої медичної допомоги; ефективна управлінська та фінансово-економічна діяльність; різноманітні методи стратегічного планування і передусім; спеціальні програмні підготовки персоналу до кризових станів ЗОЗ; оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, висока кваліфікація медичних працівників та доступність медичного обслуговування для всіх верств населення; встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян.

3. В Україні передумовами виходу з кризи можна вважати окремі наявні елементи: ефективне керівництво, інтелектуальний потенціал та людський

капітал, рівноправний доступ до основних медичних препаратів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки і ефективності, достатнє фінансування ЗОЗ та їх фінансовий захист у разі кризи, але цілісної системи антикризового управління на рівні закладу охорони здоров'я не створено.

4. Традиційні підходи у вітчизняній сфері охорони здоров'я до управління ЗОЗ в кризовому стані доцільно переглянути з урахуванням «нашарування» чинників кризи (реформа, пандемія та війна), орієнтованості на зарубіжний найкращий досвід антикризового управління ЗОЗ.

5. Недосконалість нормативно-правового забезпечення дала змогу виявити основні напрямки вдосконалення нормативно-правового забезпечення антикризового управління ЗОЗ щодо: автономізації ЗОЗ державної та комунальної власності, законодавчого визначення кризового стану ЗОЗ, стану і механізму банкрутства ЗОЗ, механізмів виходу з кризи ЗОЗ з врахуванням особливості їх соціального ефекту для населення на відміну від КНП інших галузей. Отримані результати теоретичного аналізу підтвердили актуальність дослідження, яке заплановано автором даної роботи.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [161], [172], [174], [176].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Системний аналіз джерел наукової літератури, статистичних даних та нормативно-правових актів, представлений в розділі 1, виокремив ряд питань з організації антикризового управління ЗОЗ, які є недостатньо розробленими або вирішеними частково, що підтвердило актуальність проведення даного наукового дослідження.

Класичні підходи до організації наукового дослідження свідчать, що його проведення потребує розробки спеціальної програми, структурними складовими якої мають бути: мета, завдання, методологія, методи і обсяги дослідження; джерела інформації про стан досліджуваних предметів і явищ; форми впровадження в практику отриманих результатів. Важливим призначенням програми вважають її використання в якості регламенту, що дозволить визначити послідовність і терміни виконання завдань, розподіл ресурсів, моніторинг ходу робіт та коригування відхилень [195].

Заплановане автором дослідження передбачало отримання нових і доповнення існуючих знань з організації антикризового управління ЗОЗ шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, в чому полягала мета дослідження. У основу методології дослідження автором покладалась системний підхід та філософський принцип діалектики. Це дозволило розглядати предмети і явища, що досліджувались, як структурні складові багатокomпонентної системи організації управління ЗОЗ, об'єднані внутрішніми і зовнішніми зв'язками й перебувають у процесі постійних змін, руху й розвитку [197, 198]. Зазначені характеристики складових ураховувались як при дослідженні наявної, так і обґрунтуванні та розробці

концептуальної моделі.

Предметами даного дослідження визначені: результати фінансової діяльності, кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання діяльності ЗОЗ, результати надання медичної допомоги, фактори ризиків виникнення кризового стану ЗОЗ, задоволеність пацієнтів отриманої медичною допомогою в досліджуваних ЗОЗ; історичний досвід та сучасні проблеми організації управління ЗОЗ в кризовому стані; заклади як бази дослідження, їх кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання, фінансово-економічний стан та результати надання медичної допомоги населенню України; організація медичної допомоги в ЗОЗ, обраними базами дослідження.

Дизайн дослідження передбачав пошук шляхів підвищення ефективності діяльності ЗОЗ в кризовому стані.

Відповідно до мети визначались завдання дослідження, послідовне виконання яких здійснювалось на окремих його етапах, представлених у розробленій програмі (табл. 2.1).

Перший етап був присвячений системно-історичному аналізу вітчизняного та світового досвіду антикризового управління ЗОЗ та основних теоретико-методологічних підходів до управління ЗОЗ в кризовому стані. Зокрема, це проведено шляхом системного аналізу та мета-аналізу джерел літератури, вивчення та аналізу міжнародних рекомендацій керівників ЗОЗ розвинених країн світу.

Результати аналізу стали вихідними умовами визначення напрямку наукового пошуку, формування мети, завдань, розробки програми, вибору методології, об'єкту, предмету та методів, обґрунтування обсягу дослідження та вибору закладів охорони здоров'я як бази наукового дослідження.

Таблиця 2.1

Програма дослідження

Мета дослідження	обґрунтувати, розробити та впровадити концептуальну модель антикризового управління в закладі охорони здоров'я		
Перший етап	Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень антикризового управління ЗОЗ		
Джерела: наукова та спеціальна література (усього 177 джерел, з них латиницею 31), офіційні звіти щодо фінансово-економічного стану ЗОЗ 285 од., щодо наукови розробок про подолання кризи в ЗОЗ – 110 од.	Нормативно-правові документи 20од.	Інтернет ресурси: Medline, Pubmed, Medscape, International Disaster, Database, EM-DAT тощо.	
Вибір напрямку та теми дослідження, формування мети, завдань, дизайну, обґрунтування методів і обсягу дослідження			
Обґрунтування об'єкту і предмету вивчення, вибір методології, бази і методичного інструментарію дослідження	Визначення обсягів досліджень і структури інформаційної бази даних		
Другий етап	Узагальнити та систематизувати ризики виникнення кризи ЗОЗ, в тому числі в умовах реформи, пандемії та воєнного стану		
Аналіз існуючих ризиків виникнення кризового стану ЗОЗ	Аналіз існуючих зовнішніх і внутрішніх чинників виникнення кризи ЗОЗ		
Фінансово – економічна звітність, звіти з кадрової роботи закладу охорони здоров'я з 1 січня 2015 року до 1 січня 2019року: Баланс форма № 1-дс квартальний, річний; Звіт про результати фінансової діяльності форма № 9д, №9м річна; Кошторис річний; Пояснювальна записка до кошторису; Звіт про роботу кабінету профмедпункту річний; Звіт про заборгованість за бюджетними коштами форма № 7м річна; Довідка про підтвердження залишків коштів загального та спеціального фондів державного та місцевих бюджетів на реєстраційних (спеціальних) рахунках річна; Довідка про дебіторську і кредиторську заборгованість за операціями які не відображаються у формі № 7, 7м «Звіт про заборгованість за бюджетними коштами» річна; Звіт про рух грошових коштів річний форма № 3; Штатний розпис станом на 1 січня відповідного року; Звіт про медичні кадри форми № 17 річний; Звіт про зайнятість та працевлаштування інвалідів, річний; Звіт з праці річний			
Третій етап	Провести дослідження: кадрового, фінансового та нормативно-правового забезпечення ЗОЗ обраних базами дослідження в 2015 – 2022рр.		

Аналіз фінансово-економічних ресурсів системи надання медичної допомоги ЗОЗ на прикладі КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради та Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м.Києва		Аналіз кадрового та матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ на прикладі КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради та Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м.Києва	
Дослідити задоволеність пацієнтів результатами отриманої медичної допомоги та медичного обслуговування в ЗОЗ, обраних базою дослідження			
<i>Провести соціологічне дослідження з метою визначення слабких місць в управлінні ЗОЗ та рівня задоволеності пацієнтів</i>		Соціологічне дослідження проводилося у формі опитування пацієнтів шести різних ЗОЗ України, зокрема: КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, ТОВ "Центр хірургічних рішень "ДІЕВО", Ічнянської міської лікарні Ічнянської міської ради, Бобровицької опорної лікарні Бобровицької міської ради Чернігівської області, Черкаської обласної лікарні Черкаської обласної ради та ТОВ "Медичний центр "Поліклініка "Добробут".	
Розробка плану соціологічного дослідження	Розробка анкет та формування репрезентативної вибірки	Проведення опитування	Аналіз отриманих даних та формування шляхів вирішення проблем / напрямків оптимізації роботи
Четвертий етап	Розробити програму подолання кризового стану ЗОЗ		
П'ятий етап	Обґрунтувати та розробити концептуальну модель антикризового управління в закладі охорони здоров'я		
Узагальнити результати I-III етапів дослідження. Провести медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну модель антикризового управління ЗОЗ		Розробка та видання методичних рекомендацій щодо впровадження концептуальної моделі антикризового управління в закладах охорони здоров'я	
Шостий етап	Упровадити окремі елементи концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ в медичну практику та надати оцінку її ефективності		

<p>Впровадження концептуальної моделі та її елементів, акти впровадження:</p> <ul style="list-style-type: none"> - КНП Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту від 24.02.2021р.; - КНП Рівненська обласна клінічна лікарня від 16.02.2021р.; - ТОВ «Дієво центр хірургічних рішень від 11.03.2021р.; - КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради від 17.03.2021р.; - КНП Чернігівська міська лікарня №2 Чернігівської міської ради від 18.03.2021р.; - ТОВ Медичний центр «Добробут-поліклініка» від 14.04.2021р. 	<p>Експертна оцінка ефективності</p>	<p>Наукові публікації (25), з них 8– у наукових фахових виданнях України, 2 – у колективних монографіях, 1 – у зарубіжному виданні; 13 – у матеріалах наукових українських, міжнародних та зарубіжних конференцій, форумів та конгресів, 1 – методичні рекомендації (протокол № 12 від 30.11.2022)</p>
--	--------------------------------------	--

Джерело: розроблено автором

Крім того, під час роботи над дослідженням програму дослідження було зкореговано у зв'язку з появою непередбачуваних додаткових факторів таких як пандемія Covid-19 та повномасштабне вторгнення росії в Україну, тобто війна.

Базами проведення наукового дослідження обрано Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська обласна клінічна лікарня» та Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м. Києва, де вивчалися особливості діяльності ЗОЗ та його фінансово-економічної діяльності в умовах кризового стану під час реформування, пандемії та війни.

Діяльність цих закладів уособлює собою закономірний шлях розвитку вітчизняної медицини в умовах інституції, що зросла на засадах міжнародного і національного досвіду, поступового нарощування кадрових і матеріально-технічних потужностей, постійного впровадження новітніх технологій, значного розширення спектру послуг з метою забезпечення доступної висококваліфікованої медичної допомоги пацієнтам, які її потребують.

Незважаючи на підпорядкування КНП «Чернігівська обласна лікарня»

Чернігівської обласної ради та Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м. Києва Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу КМДА (Київської міської ради), контингент хворих КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради давно формується не лише в Чернігівській області, але й в інших регіонах України, за наявності в області декількох інших установ галузевого рівня багатoproфільного медичного закладу. Це свідчить про високі іміджеві характеристики, якість медичної допомоги, довіру пацієнтів, а також фактичний статус цього закладу як одного з регіональних з надання висококваліфікованої медичної допомоги.

Для Чернігівської області, як і для України загалом характерні зміни вікової структури населення з тенденцією до старіння. Чернігівська область є однією з найстаріших в Україні, і це фактор який додатково поглиблює кризу, зменшення населення тут розпочає ще з 1995 року, а з 2020 року з початком пандемії поглиблюється кризовий стан ЗОЗ оскільки: контингент хворих збільшується, структура захворюваності зміщується в сторону важко хворих з хронічними невиліковними хворобами, зростає кількість осіб з інвалідністю. А з початком війни область є однією з найближчих до лінії фронту та такою що приймає постраждалих цивільних та військових не лише Чернігівської області. Це призводить до більшого фінансового, кадрового і матеріально-технічного навантаження на ЗОЗ, а отже, сприяє посиленню кризи.

Найбільш питома вага за віком із загальної чисельності населення області приходить на групу 65 років і старше (19,9%) (у містах – 11,04%, у сільській місцевості – 8,85%); 6,23% – 25-29 років; 6,45% – 65-69 років, 6,68% – на 50-54 роки; по 8,30% – на 30-34 роки, 6,94% – на 45-49 років, 4,46% – на 20-24 роки. Чисельність дітей до 1 року становлять 0,61%. Найменшу питому вагу серед дорослих займає вікова група 75-79 років (3,19%) [125].

Особи непрацездатного віку (включно до 15 років) складають 14,41%, населення працездатного віку (16-59 років) – 58,23%, населення працездатного

віку, старше за 60 років, становить 27,36%. Вікове співвідношення цих груп по працездатності у 1995 році становило 19,50%; 55,57%; 24,94% і характеризувалося прогресивним типом вікової структури. Нині для Чернігівщини, як і для країни загалом характерний саме регресивний тип вікової структури. За статистичними даними по Чернігівській області, в середньому на 1000 осіб населення припадає майже 290 осіб пенсійного віку [43].

Проаналізовано стан природного руху населення за народжуваністю та смертністю, які є основними демографічними явищами, здатними повноцінно характеризувати якісний склад, зміни, динаміку та загальну чисельність населення. Так, регіон характеризується зниженням загального коефіцієнту народжуваності на 37,66% із 1995 року і становив по області у 2019 році 1,2%. По роках спостережень найнижчий коефіцієнт народжуваності 1,028 та 1,082% був виявлений у 2019 році та 2001 році. Починаючи із 2011 року, спостерігалися хвилеподібні зміни коефіцієнту (від 1,396 до 1,137%) із найвищим його показником 1,396% у 2017 році. За нашими даними, на 1 січня 2020 року у Чернігівській області проживали 991294 осіб, з них 34,5% - це сільські жителі. Упродовж 2019 року на Чернігівщині померло на 12455 осіб більше, ніж народилось, а вибуло з області на 1996 осіб більше, ніж прибуло. Упродовж 2021 року кількість жителів області скоротилася на 17,4 тис. осіб. На 1 січня 2022 року у Чернігівській області проживали 959315 осіб, з них 34% – це сільські жителі. Упродовж 2021 року на Чернігівщині померло на 15937 осіб більше, ніж народилось, а вибуло з області на 1449 осіб більше, ніж прибуло [43]. Динаміка змін чисельності постійного і наявного населення в Чернігівській області за 2015 – 2022 рр. (станом на 1 січня тис.осіб) продемонстрована в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Динаміка змін чисельності постійного і наявного населення в Чернігівській області за 2015 – 2022 рр. (станом на 1 січня тис.осіб)

Рік	Загальна чисельність	Чисельність постійного населення								
		усього	міське	%	сільське	%	Чоловіки	%	Жінки	%
2015	1055,7	1047,1	678,8	64,30	376,9	35,70	475,1	45,37	572,0	54,63
2017	1033,4	1024,9	669,3	64,77	364,1	35,23	465,5	45,42	559,4	54,58
2019	1005,8	997,2	655,6	65,18	350,2	34,82	453,6	45,49	543,6	54,51
2021	976,7	967,9	623,1	64,3	344,8	35,6	282,7	29,20	340,3	35,15
2022	959,3	950,8	623,1	65,5	327,7	34,4	282,7	29,73	340,3	35,8

Джерело: сформовано автором на основі [43].

У якості матеріалів дослідження на першому його етапі використані наукові літературні джерела за темою, нормативно-правові акти, рекомендації міжнародного досвіду з антикризового управління ЗОЗ та статистично-довідникові матеріали (усього 185 од.).

Методами дослідження слугували бібліосемантичний, методи системного підходу і аналізу, контент-аналізу, графічний.

Результати теоретичного аналізу представлені в першому, а розробка методологічної бази дослідження – в другому розділі дисертації.

Методи системного підходу і аналізу надалі використовувались на всіх наступних етапах дослідження.

На другому етапі в межах виконання завдань з дослідження організації надання медичної допомоги пацієнтам за базами дослідження, аналізу піддавались ЗОЗ визначені базою дослідження (2 од.), та визначались ризики виникнення кризи ЗОЗ, в тому числі в умовах реформи, пандемії та воєнного стану. Нами проаналізовано ризики та чинники виникнення кризи ЗОЗ, як в цілому так і за складовими поділено на внутрішні та зовнішні.

Отримання повного обсягу інформації стало можливим завдяки контент-аналізу установчих і розпорядчих документів по закладах, фінансово-економічних та статистичних звітів, протокольних записів нарад у керівників різних рівнів управління, аналітично-звітних документів з виконання стандартів акредитації, особових справ в частині підвищення кваліфікації працівників, положень про структурні підрозділи та посадових інструкцій працівників,

сертифікатів з якості тощо, усього 98 од.

Результати другого етапу дослідження представлені в третьому розділі дисертаційної роботи.

На третьому етапі програми було проведено дослідження: кадрового, фінансового та нормативно-правового забезпечення ЗОЗ обраних базами дослідження в 2015 – 2022рр за фінансово-економічними, кадровими та статистичними звітами закладів охорони здоров'я за формами звітності відповідно до наказу МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкції щодо їхнього заповнення». Дані також доповнені вивченням нормативної бази.

Серед методів дослідження, які використано автором, оптимізації роботи ЗОЗ варто виділити: метод системного аналізу – для проведення кількісного і якісного аналізу проблем ЗОЗ, існуючих недоліків і позитивного досвіду в системі підготовки кадрів, формуванні ефективної команди працівників, поліпшенні якості медичних послуг, які надаються, шляхів оптимізації роботи ЗОЗ; медичної статистики: аналіз динамічних рядів за кількісними показниками (інтенсивними, екстенсивними, середніми темпами приросту/збитку лікарень, лікарняних ліжок, амбулаторно-поліклінічних закладів, клінічних лабораторій, їх кадрів, проведених аналізів тощо) для інтерпретації результатів дослідження; логічного моделювання – для розробки концепції удосконалення діяльності ЗОЗ. На рис.2.1 відображено схему послідовності використання методів дослідження оптимізації роботи ЗОЗ.

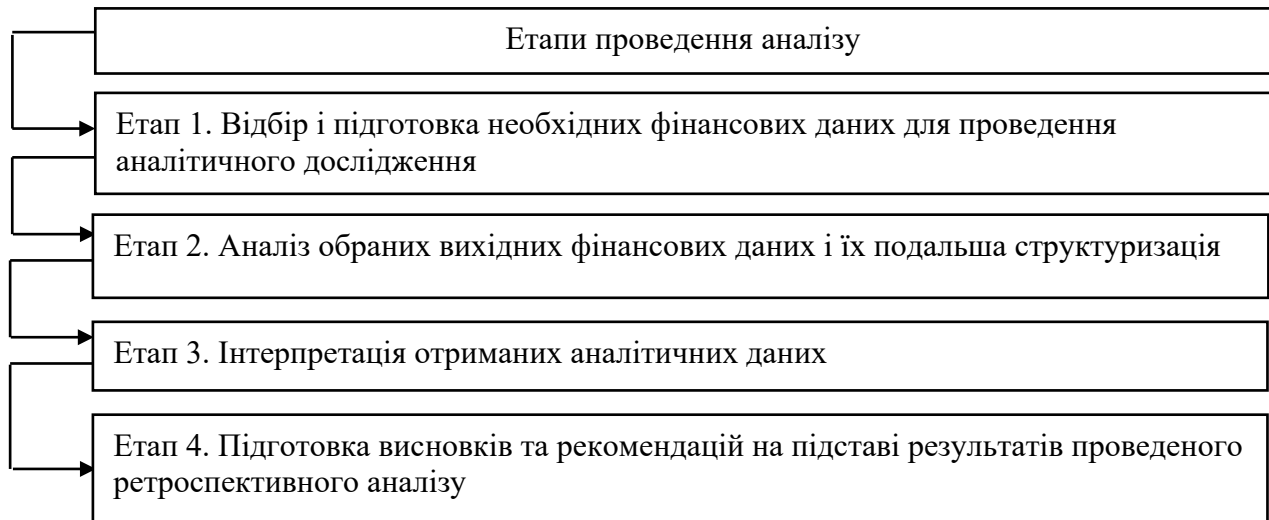


Рис. 2.2. Схема послідовності використання методів дослідження оптимізації роботи ЗОЗ

Джерело: власна розробка автора.

Методи дослідження роботи ЗОЗ можна умовно поділити на такі напрямки відповідно до напрямків оптимізації: інформаційний, що передбачають оцінку ефективності та стану інформаційних систем ЗОЗ, а відповідно оптимізацію та автоматизацію роботи інформаційних систем; фінансовий, що передбачають оцінку ефективності використання фінансових ресурсів ЗОЗ та шляхів їх оптимізації; кадровий, що передбачають аналіз кількісних та якісних показників роботи медичних кадрів, програм підвищення кваліфікації та тестування персоналу, оцінку рівня навантаження на працівників та шляхи оптимізації їх роботи; сервісний, що передбачають оцінку ефективності лікувального процесу, лікування пацієнтів, обслуговування пацієнтів та шляхи оптимізації.

Відзначимо, що значення фінансових показників формується під впливом суб'єктивних і об'єктивних факторів. При цьому показники фінансово-господарської діяльності відображаються у звітній документації ЗОЗ. Схематично етапи проведення аналізу можемо зобразити за допомогою рис. 2.3.



Джерело: власна розробка автора

У той же час, важливою рисою ретроспективного аналізу є те, що за допомогою оцінки даних розраховують необхідну кількість параметрів за допомогою яких можна отримати об'єктивну оцінку результатів діяльності організації, а також визначити її прибуток, збитки, зміни у складі активів, пасивів, тощо [7, с.175].

Окрім того, за допомогою оціночного аналізу можна провести об'єктивну оцінку і контроль результатів діяльності, комплексне виявлення невикористаних резервів із подальшою їх мобілізацією для підвищення ефективності роботи установ у майбутньому, а також виявлення недоліків у їх роботі, поруч із досягненням відповідності між матеріальним та моральним стимулюваннями за результатами роботи працівників. Результати ретроспективного аналізу використовуються в подальшому для розробки механізму стратегічного управління установою [7, с.175].

Як і будь-якому процесу, ретроспективному аналізу притаманні переваги та недоліки. Отже, до переваг оціночного аналізу відносять [6]:

1. Оціночний аналіз є найбільш повним аналізом діяльності суб'єкта, що включає в себе результати оперативного аналізу і виступає базою для перспективного аналізу.

2. Всебічний ретроспективний аналіз є надійною базою перспективного аналізу і дозволяє оцінити дієвість і правильну спрямованість оперативного аналізу.

3. Здійснення аналізу шляхом аналізу єдиної методологічно сформованої звітності, що виключає вплив на підсумкові показники випадкових факторів та подій, що як наслідок дозволяє побудувати стійкий ряд показників і в подальшому прогнозувати їх зміну як в короткостроковому, так, іноді, і у середньостроковому періоді, протягом яких не відбувається принципових змін основних факторів та умов діяльності установи.

4. Ретроспективний аналіз дозволяє обґрунтувати, за рахунок яких чинників та при яких додаткових вкладеннях можна забезпечити отримання найбільшого результату.

5. Ретроспективний аналіз дозволяє оцінити наявні резерви, визначити витрати на їх мобілізацію і при переході до перспективного аналізу – вибрати найбільш економічні шляхи розвитку.

Серед недоліків ретроспективного аналізу виділяють [6]:

1. Виявлені в ході аналізу резерви означають назавжди втрачені можливості зростання ефективності діяльності, оскільки відносяться до минулого періоду.

2. У процесі аналізу реєструються господарські ситуації, результати аналізу враховуються лише в майбутній роботі, так як керуюча система отримує інформацію, як правило, занадто пізно, а саме тоді, коли виправити наявні недоліки та використати втрачені можливості вже не можна. На вирішення даної ситуації та підвищення дієвості аналізу перед установами ставиться завдання прискорити подання звітності та пришвидшити її аналітичну обробку.

Крім того, на цьому етапі досліджувалось задоволеність пацієнтів результатами отриманої медичної допомоги та медичного обслуговування в ЗОЗ, обраних базою дослідження, шляхом проведення соціологічного опитування пацієнтів різних ЗОЗ на предмет задоволеності лікуванням та визначення слабких місць в управлінні ЗОЗ. Таке опитування проводилось з використанням опитувальника (Додаток А) розробленого нами в межах дисертаційного дослідження. Соціологічне дослідження проведене нами, проводилося у формі опитування пацієнтів шести різних ЗОЗ України, зокрема: КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, ТОВ "Центр хірургічних рішень "ДІЕВО", «Ічнянської міської лікарні» Ічнянської міської ради, «Бобровицької опорної лікарні» Бобровицької міської ради Чернігівської області, КНП «Черкаської обласної лікарні» Черкаської обласної ради та ТОВ "Медичний центр "Поліклініка "Добробут".

Запровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги та створення нових структур у системі охорони здоров'я потребує комплексного та ретельного аналізу досвіду їх роботи з метою оцінки можливості та доцільності його подальшого використання. Важливим інформаційним джерелом для здійснення даного аналізу - є результати соціологічних досліджень, які забезпечують зворотній зв'язок із пацієнтами та дозволяють оцінити їх задоволеність наданою медичною допомогою. Моніторинг задоволеності пацієнтів має бути постійною складовою аудиту якості медичної допомоги та її соціальної ефективності. Соціологічна оцінка задоволеності населення медичною допомогою є також необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності в системі охорони здоров'я і однією зі складових планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи, а також методом контролю за ефективністю його діяльності щодо збереження здоров'я населення. Крім того, соціологічна оцінка задоволеності населення медичною допомогою є важливою

інформаційною складовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я [156].

Соціологічне дослідження серед пацієнтів ЗОЗ, використовується з метою вивчення задоволеності основних користувачів послуг закладу охорони здоров'я. Цільові запитання даного інструменту дослідження дозволяють оцінити рівень довіри респондентів до лікарів з питань лікування і профілактики хвороб, внесок лікаря у поінформованість пацієнтів з питань попередження хвороб, ставлення опитаних до проведення профілактичних щеплень, задоволеністю змінами, що відбулись у ЗОЗ у зв'язку з реформування сфери охорони здоров'я та інші питання [156].

Об'єктивність отриманої соціологічної інформації забезпечується шляхом формування репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям цільових груп, охоплених дослідженням.

Статистична обробка матеріалів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних та відносних рядів розподілу, оцінки статистичної вірогідності відмінності результатів соціологічного опитування респондентів у різних ЗОЗ (за критеріями Пірсона χ^2 , кореляції Спірмена (r_s), Стьюдента, χ^2 (хі-квадрат) тощо) [112, 114].

Анкета опитування була розроблена таким чином, щоб зібрати дані про різні аспекти задоволеності пацієнтів, включаючи якість медичної допомоги, послуг, консультацій, наявність ліків, швидкість реагування на скарги на погіршення здоров'я, етапи профілактичних заходів, безперервність та етапність лікування, матеріально-технічне забезпечення, доступність медичної допомоги, комунікацію з лікуючим лікарем, ефективність отриманої медичної допомоги.

Зібрані дані були проаналізовані за допомогою статистичних методів, включаючи описову статистику. Результати дослідження були представлені у вигляді графіків, таблиць та статистичного аналізу, що дозволило виокремити

сфери, в яких ЗОЗ необхідно покращити задоволеність пацієнтів. Результати цього дослідження можуть бути використані для розробки науково обґрунтованих рішень, які допоможуть підвищити якість медичних послуг в Україні. На першому етапі проведення соціологічного дослідження ми здійснили такі кроки: формування репрезентативної вибірки з об'єктів дослідження; визначення правил відбору респондентів; розроблення анкети соціологічного опитування та її тиражування; безпосереднє проведення опитування; підготовку звіту про результати опитування; представлення звіту керівництву закладу охорони здоров'я для використання при прийнятті управлінських рішень з поліпшення медичного обслуговування населення.

Отримання кількісних вимірювань забезпечується застосуванням цифрової шкали (10 поділок), оскільки роздрібненість метрики – чутливість шкали – прямо пов'язана з точністю вимірювань. Для успішності процедури безпосереднього опитування пацієнтів велике значення мають дотримання принципу анонімності та умови її проведення: у позаробочий час, у світлому, тихому приміщенні, з розташуванням кожного з респондентів за окремим столом і забезпеченням бланком анкети, олівцями, ручками.

На четвертому етапі – було заплановано розробити програму подолання кризового стану ЗОЗ. За результати проведеного власного медико-статистичного дослідження за базами дослідження та результатами соціологічного дослідження було розроблено програму подолання кризового стану ЗОЗ. Основою для розроблення програми стали методи логічного узагальнення, моделювання та графічний. Розроблена програма подолання кризового стану є складовою концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ у вигляді планового документа, що встановлює цілі і завдання, доцільні для досягнення в запланованому періоді, а також методи їх реалізації.

На п'ятому етапі програми за результатами проведених досліджень обґрунтовано та розроблено концептуальну модель антикризового управління в закладі охорони здоров'я.

На шостому етапі програми, заключному, окремі елементи запропонованої моделі впроваджувались на галузевому, регіональному рівні та в практику роботи закладів охорони здоров'я з проведенням оцінки ефективності окремих елементів моделі фахівцями, задіяними до управління ЗОЗ чи дослідження управління ЗОЗ, науковців, практиків та фахівців центральних органів державної влади з метою отримання експертної оцінки щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ та упередження кризових явищ. Завершився етап формулюванням висновків.

Методами дослідження на завершальному етапі обрані метод організаційного експерименту, соціологічного дослідження, експертних оцінок, порівняльного аналізу, узагальнення/синтезу результатів, медико-статистичний, а матеріалами – анкети соціологічного опитування пацієнтів (61 од.), анкети експерта (20 од.), розпорядчі документи закладу охорони здоров'я, де впроваджувались елементи запропонованої моделі.

Анкета експерта містила запитання з оцінки запропонованої моделі за п'ятибальною оціночною шкалою (Додаток Г). Експертна група формувалась за професійними ознаками і складалась з 20 осіб: чотирьох науковців, з яких два доктори медичних наук, два – кандидати медичних наук, і займали посади науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти профільних кафедр (управління охороною здоров'я, медицини невідкладних станів, хірургії), та 16 керівників/їх заступників закладів охорони здоров'я м. Київ та Чернігівської області (15 од.) та приватної (2 од.) форми власності. Наукові ступені, атестаційні категорії та посади експертів вказували загалом на високий кваліфікаційних рівень експертної групи.

Експертна оцінка проводилась з використанням електронних засобів зв'язку та цифрових додатків – електронної пошти, Viber, телеграм-каналу. Експертам після попереднього погодження з автором дисертації участі в проведенні експертної оцінки надсилались для ознайомлення матеріали з результатами проведеного наукового дослідження та анкета експерта. У разі виникнення у експертів запитань після ознайомлення з представленими матеріалами автором дослідження надсилались додаткові матеріали та уточнена інформація.

Повернені автору анкети перевірялись на предмет правильності заповнення та піддавались медико-статистичному аналізу. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок, стандартна похибка та середнє квадратичне відхилення (σ) за допомогою пакету описової статистики за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Microsoft Excel 2019. Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожної позиції анкети експерта у відсотках.

Результати четвертого та п'ятого етапів дослідження викладені у п'ятому розділі дисертаційної роботи.

Висновки до розділу 2

1. Програма дослідження та завдання, спрямовані на досягнення мети, передбачали проведення теоретичного аналізу проблеми антикризового управління ЗОЗ в світі та в Україні, власного дослідження з отриманням і аналізом даних щодо здобутків і недоліків в організації реального управління ЗОЗ і клінічної практики за даним напрямком, медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, впровадження її окремих елементів в практику діяльності ЗОЗ та оцінку ефективності моделі.

2. Об'єктом дослідження визначена наявна система управління ЗОЗ в умовах кризового стану, а предметами – результати фінансової діяльності, кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання діяльності ЗОЗ, результати надання медичної допомоги, фактори ризиків виникнення кризового стану ЗОЗ, задоволеність пацієнтів отриманої медичною допомогою в досліджуваних ЗОЗ..

3. Вихідними умовами виконання програми дослідження стала методологія системного підходу та принцип діалектичного розвитку взаємодії предметів, процесів і явищ, як елементів соціальних систем, якою є система охорони здоров'я, а в якості методичного інструментарію обрані загальнонаукові та специфічні методи дослідження, що використовуються в соціальній медицині: системного підходу і системного аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, експериментальний, експертних оцінок, графічний.

4. В якості основних джерел інформації використані іноземні та вітчизняні наукові публікації, нормативно-правові акти, дані галузевих статистичних обліково-звітних форм та закладів охорони здоров'я м. Київ та Чернігівської області, вкопійовані дані з локальних нормативних і облікових документів, аналітично-статистичних матеріалів закладів охорони здоров'я, обраних базою наукового дослідження, анкета експерта.

5. Розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій були спрямовані на вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали б основою медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної моделі антикризового управління закладу охорони здоров'я.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [156], [159].

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРИЗОВОМУ СТАНІ В УМОВАХ РЕФОРМИ НА ПРИКЛАДІ ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ № 2 ДЕСНЯНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА ТА КНП «ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ» ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ за 2015-2022 рр.

3.1. Аналіз фінансово-економічної діяльності КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради

Варто відзначити, що у зв'язку з реалізацією Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років впроваджено нові стратегічні підходи до підвищення якості та доступності медичної допомоги та зменшення фінансових ризиків для населення, сформована нова модель медичної допомоги. Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування усіх напрямків медицини до нового рівня якісного обслуговування та сучасних вимог європейського рівня. Одним з напрямків змін стала автономізація постачальників медичної допомоги, перетворення лікарень у комунальні неприбуткові підприємства.

Робота в складних умовах реформування вимагає наявності у керівників ЗОЗ певного арсеналу особистих та професійних якостей, відсутність яких веде до формування численних управлінських обмежень та є перешкодою на шляху модернізації галузі. Інші дослідження також підтверджують неефективність управління ЗОЗ через наслідки управлінської діяльності пострадянської адміністративно-командної моделі за принципом згори-вниз.

Сьогодні у повсякденній професійній діяльності керівників ЗОЗ переважає господарча та фінансова діяльність, а також забезпечення закладу

необхідними для діяльності ресурсами (сукупна частка даних видів діяльності найбільша – 39,97%). Це кореспондується з дослідженнями інших українських фахівців, згідно з якими в діяльності головних лікарів переважає господарча робота, а не творча управлінська діяльність.

У 2010-2017 роках витрати на охорону здоров'я за провайдерми (постачальниками послуг) в Україні зросли в цілому на 165,17%, зокрема витрати на фінансування ЗОЗ на 114,93%. Тому оптимізація роботи ЗОЗ повинна включати оптимізацію формування, використання, розподілу фінансових ресурсів для забезпечення зростання ефективності діяльності лікарень. У табл. 3.1. відображено динаміку поточних витрат на охорону здоров'я за провайдерми (постачальниками послуг) в Україні у 2010-2017 роках.

Таблиця 3.1.

Динаміка поточних витрат на охорону здоров'я за провайдерми
(постачальниками послуг) в Україні у 2010-2017 роках

Провайдери (постачальники и послуг)	2010		2015		2016		2017		Темп росту, %	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Лікарні	33459,19	41,39	52703,24	35,33	55399,89	31,75	71913,08	33,55	114,93	-18,95
Сестринські/лікарняні заклади довготривалого перебування	3917,72	4,85	4251,48	2,85	5005,20	2,87	6400,75	2,99	63,38	-38,39
Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	11229,00	13,89	18507,55	12,41	22374,88	12,82	27201,65	12,69	142,24	-8,65

Продовження таблиці 3.1.

Роздрібний продаж та інші організації, що надають медичні товари	25897,06	32,04	56999,69	38,21	71252,19	40,84	79182,13	36,94	205,76	15,30
Забезпечення управління програмами громадського здоров'я	2069,01	2,56	1143,77	0,77	1197,96	0,69	1469,97	0,69	-28,95	-73,21
Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування	2067,81	2,56	11550,49	7,74	13613,73	7,80	19702,09	9,19	852,80	259,31
Всі інші сектори економіки	38,07	0,05	216,90	0,15	391,95	0,22	609,08	0,28	1499,93	503,35
Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Інший світ	203,86	0,25	534,66	0,36	1063,81	0,61	1940,03	0,90	851,65	258,48
Провайдери, що не визначені за типом	1952,41	2,42	3255,73	2,18	4181,87	2,40	5932,65	2,77	203,86	14,59
Поточні витрати на охорону здоров'я	80834,13	100,00	149163,52	100,00	174481,47	100,00	214351,43	100,00	165,17	0,00

Джерело: складено автором за результатами дослідження

Відтак, у роботі доведено, що скорочення витрат пацієнтів на лікування та зростання спеціального фонду фінансування ЗОЗ зумовлює зростання корисності функціонування закладу та його рентабельності. Для моделювання рентабельності ЗОЗ використано метод сценаріїв та оцінено ефективність кожного сценарію фінансування закладу.

Крім цього, використано методи економічного аналізу основних показників ефективності роботи ЗОЗ: кількість пацієнтів (оздоровлених та померлих), обсяги фінансування медикаментів за рахунок Загального та Спеціального фонду, витрати ЗОЗ на забезпечення лікувального процесу. Для відображення моделі функціонування ЗОЗ використано функцію корисності. Отже, це дає підстави стверджувати, що одним з напрямків оптимізації роботи закладу є фінансове забезпечення, що потребує використання економіко-математичних методів та моделей, які відображають ефективність лікування та рентабельність закладу.

Станом на 31.12.2018 року в Україні функціонувало 1416 ЗОЗ (рис. 3.1.).

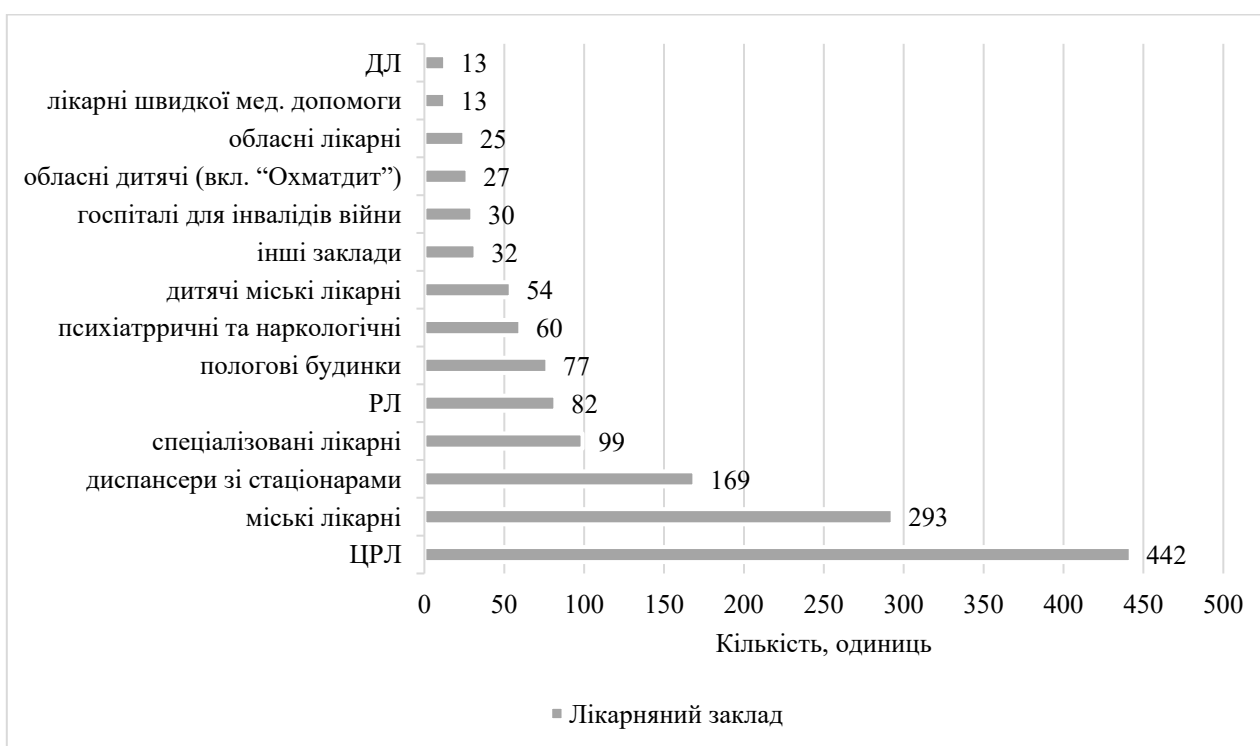


Рис. 3.1. Мережа закладів системи МОЗ, які надають стаціонарну допомогу (на 31.12.2018р.) [53]

Кількість закладів, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню (на 31.12. 2018р.), становила 442 ЦРЛ, 82 РЛ, 13 ДЛ, 3870 лікарень

амбулаторій у селі, 565 ЦПМСД. Всього мережа ЗОЗ системи МОЗ України на 31.12. 2018 року налічувала 3358 закладів. В цілому по Україні, відмічалось поступове зменшення ЗОЗ на 55,5%, а кількість пацієнтів на 1 ліжко зросла на 70,8% у зв'язку з централізацією і закриттям малопотужних лікарень на сільських лікарських дільницях. Невдоволення лікарського і середнього медичного персоналу реальними умовами роботи з використанням зношеної техніки, відсутність належної уваги до технічного її обслуговування і низький рівень доходів призводили з 2018 року до постійного відтоку кадрів. Все це переконливо свідчить про нагальну необхідність оптимізації структури та функцій ЗОЗ.

Важливим виступає розвиток медико-економічної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, медичного страхування в обов'язковій формі, пошук та розвиток додаткових джерел фінансування ЗОЗ, безперервний аналіз господарської діяльності лікувальних закладів, забезпечення ефективності та цільового використання наявних ресурсів, тощо. Відтак, на визначний рівень виходить необхідність ретроспективного аналізу фінансово-економічної діяльності ЗОЗ, з метою виявлення наявних недоліків та проблем у їх діяльності та пошуку шляхів вирішення ситуації на перспективу. Такий аналіз проведено автором за базою дослідження КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради та КНП Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м. Києва за 2014-2018 рр.

Саме такі дві різні бази дослідження обрано. КНП Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м. Києва - обирався як приклад високоспеціалізованого закладу, а КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради – як приклад багатопрофільного ЗОЗ.

Базою для проведення аналізу виступатимуть: звіт про медичні кадри; баланс Чернігівської обласної лікарні; звіт про надходження і використання коштів отриманих як плата за послуги; звіт про надходження і використання

коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень; річний звіт лікувально-профілактичного закладу.

Отже, КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради – заклад охорони здоров'я, центр надання консультативної, лікувальної і профілактичної медичної допомоги населенню області і м. Чернігова.

31 липня 1951 року на базі другої міської лікарні м. Чернігів було відкрито обласну лікарню на 100 ліжок. З них двадцять п'ять терапевтичних, сорок онкологічних, двадцять п'ять неврологічних, п'ятнадцять урологічних. Через 10 років стаціонар складав 360 ліжок. Відкрито: офтальмологічне; дитяче; хірургічне, отоларингологічне відділення. 1966 рік – збудовані корпуси: консультативна поліклініка та стаціонар на 700 ліжок. 1981 рік – уведений у дію терапевтичний корпус на 900 ліжок. 1992 рік – побудована консультативна поліклініка на 375 відвідувань за зміну. 1994-1995 роки – новозбудовані два госпітальні корпуси для інвалідів війни та реабілітаційне відділення для постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Загальний ліжковий фонд на той час становив 1000ліжок.

Рішенням Чернігівської обласної ради від 20 березня 2020 року № 5-22/VII «Про реорганізацію КНП «Чернігівський обласний госпіталь ветеранів війни» Чернігівської обласної ради, КНП «Чернігівський обласний центр радіаційного захисту та оздоровлення населення» Чернігівської обласної ради, КНП «Чернігівський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Чернігівської обласної ради шляхом приєднання до КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради, відбулося приєднання до КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради трьох обласних закладів, а саме: обласного госпіталю ветеранів війни, обласного центру радіаційного захисту та оздоровлення населення та обласного шкірно-венерологічного диспансеру разом з структурними підрозділами м.Ніжина та м.Прилуки.

Згідно з рішеннями сесій Чернігівської обласної ради від 3 серпня 2021 року №30-5/VIII «Про реорганізацію КНП «Чернігівський обласний кардіологічний центр» Чернігівської обласної ради шляхом приєднання до КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради та від 30 листопада 2021 року 18-7/VIII «Про затвердження передавального акта комунального некомерційного підприємства «Чернігівський обласний кардіологічний центр» Чернігівської обласної ради розпочав роботу відокремлений структурний підрозділ КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР за адресою: вул. Чорновола, 24, м. Чернігів.

У підрозділі функціонують – поліклінічно-діагностичне відділення; кабінет спортивної медицини та кардіологічне відділення №3 з ліжками інтенсивної терапії. Основою для її діяльності та надання допомоги населенню на відповідному рівня є забезпеченість лікарями. Проведемо аналіз забезпеченості лікарів, шляхом розрахунку відотка забезпеченості КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради медичними працівниками. Результати подані в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Відсоток забезпеченості КНП «Чернігівської обласної лікарні»
Чернігівської обласної ради медичними працівниками

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Забезпеченість лікарями всього, в т.ч.:	92,72%	90,41%	92,00%	93,27%	90,31
Терапевтами	87,50%	87,50%	90,00%	83,33%	82,35%
Кардіологами	85,71%	85,71%	92,86%	95,12%	57,63%
Ендокринологами	97,30%	87,50%	87,50%	100,00%	100,00%
Хірургами	96,67%	94,44%	80,82%	87,67%	97,26%
Нейрохірургами	97,37%	86,84%	100,00%	100,00%	97,50%
Анестезіологами	90,48%	77,87%	88,10%	92,56%	95,20%
акушерами-гінекологами	100,00%	33,33%	66,67%	66,67%	66,67%

Продовження таблиці 3.2.

Невропатологами	97,22%	97,44%	100,00%	100,00%	97,62%
Рентгенологами	100,00%	96,00%	100,00%	71,43%	64,29%
лікарями приймального відділення	70,83%	100,00%	95,65%	95,65%	95,65%

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

З даних, наведених в табл. 3.2. можемо сформулювати висновки, що рівень забезпеченості штатних посад медичними працівниками був неоднаковим протягом періоду дослідження. Так, загальна забезпеченість протягом 2015-2019 років коливалась в межах +/- 3,00%, проте завжди становила більше 90,00%. Найбільш забезпеченою є Чернігівська обласна клінічна лікарня ендокринологами, нейрохірургами, невропатологами та лікарями приймального відділення. Найменш забезпеченою - кардіологами, акушерами-гінекологами, рентгенологами та терапевтами. Як правило, така ситуація пов'язується із розривом у часі між зростанням кількості штатних посад відповідних профілів та моментом прийняття лікарів на роботу. Адже, як свідчать дані річного звіту лікувально-профілактичного закладу, за період дослідження кількість штатних посад щороку зростала практично за всіма категоріями лікарів, проте прослідковується фактична нестача лікарів для забезпечення пацієнтопотоків, які з початком пандемії зросли на 56,5% у 2020 році.

Окрім лікарів, вагоме місце серед працівників обласної клінічної лікарні займає середній медичний персонал. Відтак, проаналізуємо забезпеченість середнім медичним персоналом за 2015-2019 роки, узагальнені результати подано в таблиці 3.3.

Відсоток забезпеченості КНП «Чернігівської обласної лікарні»
Чернігівської обласної ради середнім медичним персоналом

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Забезпеченість середнім медперсоналом всього, в т.ч.:	97,66%	98,38%	93,38%	89,22%	92,64%
спеціальними медичними сестрами	98,27%	98,46%	94,06%	89,71%	93,26%
Лаборантами	94,25%	95,40%	91,21%	73,63%	74,44%
Рентгенолаборантами	94,23%	100,00%	72,60%	85,25%	100,00%
медичними сестрами фізіотерапевтичних кабінетів	97,32%	98,23%	97,25	98,10%	97,96%
Молодшим медперсоналом	97,67%	98,25%	97,36%	97,48%	96,03%

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Отже, як бачимо із наведеної таблиці найвищий рівень забезпеченості штатних посад рентгенолаборантів, медичних сестер фізіотерапевтичних кабінетів та молодшого медичного персоналу. Найгірше обласна клінічна лікарня забезпечена лаборантами. При цьому, за даними звіту повністю задоволена потреба у провізорах протягом всього періоду дослідження. Загальне зниження показників було спричинено збільшенням кількості штатних посад по кожній із категорій.

Загалом, наявність незаповнених штатних посад, з одного боку спричинює економію у затратах на оплату праці, адже робота виконується силами наявних кадрів, проте в перспективі дана економія негативно вплинула на показники діяльності ЗОЗ, саме тому необхідно зосереджувати значні зусилля на усунення наявних диспропорцій.

Із звіту про медичні кадри за 2015-2019 роки отримуємо інформацію про кількісний та якісний склад працівників лікарні. Відтак, проаналізуємо динаміку зміни кількості лікарів протягом окресленого періоду за допомогою рис. 3.2.

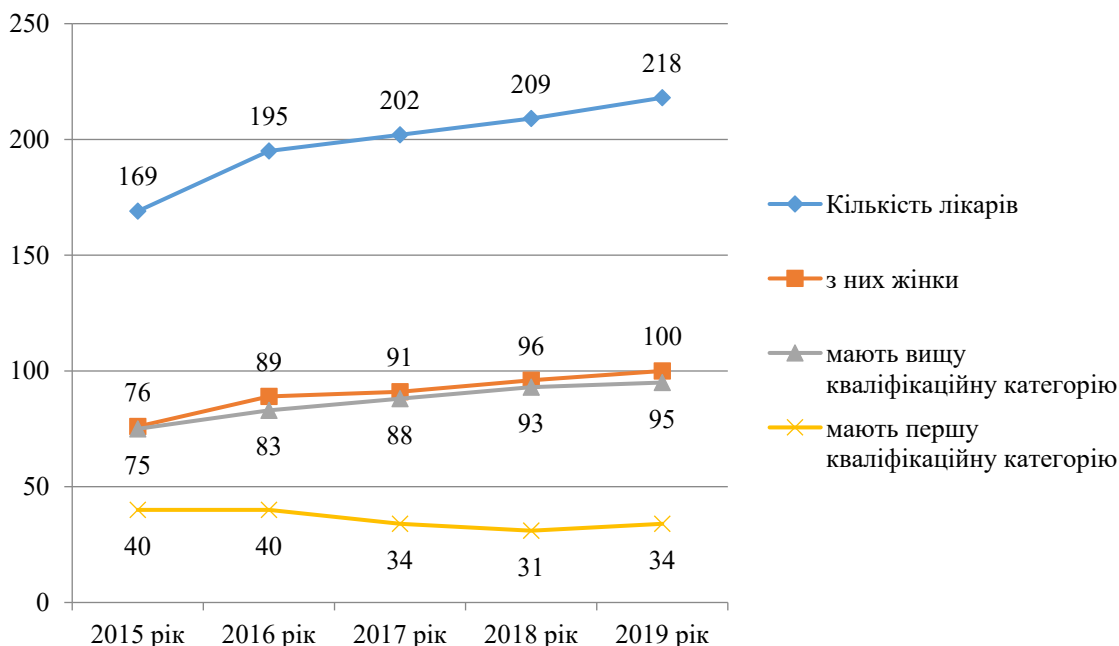


Рис. 3.2 Якісний і кількісний склад лікарів КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради у 2015-2019 роках

Джерело: власна розробка автора на основі звіту про медичні кадри за 2015-2019 роки

Отже, із наведеного рисунку можемо побачити, що кількість лікарів у 2019 році порівняно із 2015 роком суттєво збільшилась. Дане зростання відбувалось поступово із середнім кроком у 10 лікарів щороку. Окрім того, в структурі наявних лікарів пропорційно до зростання їх кількості зростала кількість жінок, а також тих лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію. Так, у 2015 році із даною категорією працювало 75 лікарів, а у 2019 цей показник вже становив 95 лікарів. Дана тенденція відбувалась поруч із поступовим зменшенням кількості лікарів, які мають першу кваліфікаційну категорію.

Наступним кроком проведеного нами дослідження виступає аналіз роботи поліклінічного відділення КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради протягом 2015-2019 років, в тому числі, враховуючи консультації,

надані вдома. Таким чином, проаналізуємо динаміку лікарських відвідувань, включно із профілактичними протягом окресленого періоду, оформивши результати дослідження на рис. 3.3.

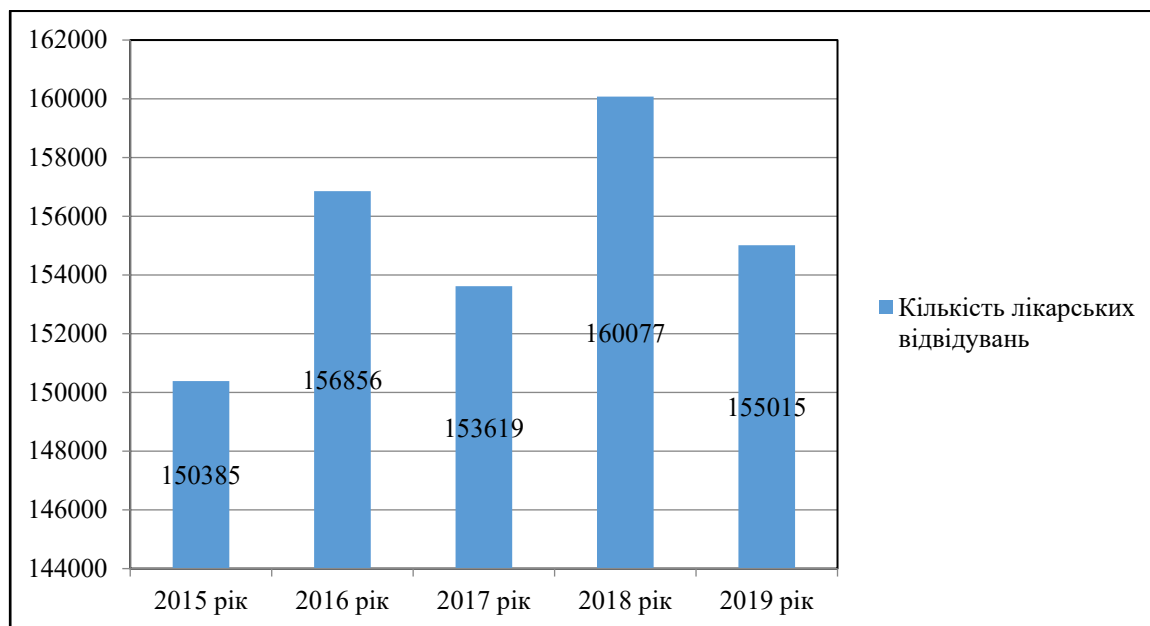


Рис. 3.3. Кількість лікарських відвідувань, в тому числі профілактичних за 2015-2019 роки

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Аналізуючи дані, наведені на рисунку, можемо стверджувати, що кількість лікарських відвідувань мала динаміку протягом досліджуваного періоду. Для прикладу у 2016 році порівняно із 2015 роком цей показник зростав, а у 2017 відбулось його зменшення. Аналогічна ситуація відбувається і у 2018 році порівняно із 2017 роком, коли кількість лікарських відвідувань зростала, а у 2019 році знову зменшувалась і була не набагато вище рівня 2017 року.

Окрім діяльності поліклінічного відділення у структурі, КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради відбувається

лікування пацієнтів в умовах стаціонару. Під час аналізу даної складової, надзвичайно важливими показниками виступають середньорічна кількість ліжок, кількість ліжко-днів, оборотність одного ліжка, а також інтенсивність лікування хворих. Відтак, згрупуємо дані показники, і оформимо результати до табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Показники використання фонду ліжок лікарні за 2015-2019 роки

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Інтенсивність лікування хворих	10,94	10,76	10,83	10,61	10,37
Оборотність одного ліжка, днів	30,63	31,50	32,64	33,04	33,97
Дані для розрахунків:					
Кількість ліжко-днів	221189	230503	243882	241804	243045
Середньорічна кількість ліжок	660,0	680,1	690,0	690,0	690,0
Кількість осіб, які пройшли лікування	20217	21425	22521	22797	23436
Кількість днів у періоді	365	366	365	365	365

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Варто відмітити, що кількість ліжко-днів, середньорічна кількість ліжок та кількість пацієнтів, які лікувались в лікарні, ми отримуємо із даних річного звіту по установі (форма 7, 7м). Інші дані розраховуються на основі них.

Таким чином, ми розпочали із першого розрахованого показника, а саме інтенсивність лікування хворих. За допомогою цього показника характеризується середній темп перебування пацієнта у стаціонарі лікарні. Позитивною є його тенденція до спаду, яку й відстежуємо для нашого ЗОЗ. Таке значення свідчить про те, що протягом частини досліджуваного періоду, до 2020 року, відбувалося зменшення середнього терміну перебування пацієнта на лікуванні, що в свою чергу створює для лікарні додаткові можливості по обслуговуванню хворих, особливо в умовах спалахів захворювань.

Наступним розрахованим нами показником є оборотність одного ліжка, який показує нам кількість хворих, які в середньому припадають на одне лікарняне ліжко протягом звітного періоду (одного року). Така ситуація спричинена тим, що кількість пацієнтів, які проходили лікування в стаціонарі лікарні, з кожним роком зростала, а середньорічна кількість ліжок протягом 2017-2019 років взагалі не змінилась.

Звичайно, зростання кількості пацієнтів, які обслуговуються в лікарні без зміни супутніх параметрів її діяльності, є позитивним фактором, адже пацієнти є джерелом фінансових ресурсів. Проте, адміністрації лікарні необхідно тримати на контролі динаміку зміни кількості пацієнтів, які проходять лікування в стаціонарі з метою передбачення можливої нестачі ліжок для них. Окрім того, такий контроль необхідно проводити в межах кожного відділення, з метою формування статистики видів захворювань і напрямків першочергового задоволення попиту. Поруч із вищезазначеним, у лікарні можна отримати широкий спектр супутніх послуг та діагностичних досліджень. Відтак, проведемо аналіз структури їх надання протягом 2015-2019 років, зазначивши результати до таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Обсяг діагностичних та функціональних досліджень КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради за 2015-2019 роки

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Рентгенологічні дослідження, абс.кількість	16123	17403	18887	21623	18481
Ультразвукові дослідження, абс.кількість	32312	33629	41028	43572	43853
Радіодіагностичні дослідження, абс.кількість	9880	8097	3854	3346	2763
Ендоскопічні дослідження, абс.кількість	5482	6456	8139	7218	7087
Кількість проведених аналізів, абс.кількість	694521	779134	871689	877896	968245

Функціональна діагностика, абс.кількість	17391	17080	20277	24976	23156
Фізіотерапевтичне лікування, абс.кількість	14625	14707	15013	14371	13172

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Проведення аналізу вищезазначених даних дозволяє нам стверджувати, що абсолютна кількість діагностичних послуг, наданих медичною установою пацієнтам протягом 2015-2018 років, мала тенденцію до зростання по всіх напрямках, окрім радіодіагностичних досліджень, кількість яких протягом всього періоду досліджування зменшувалась.

Проте, вивчення даних, наведених у таблиці, показує, що практично за усіма видами діагностичних досліджень відбувається зниження обсягу в 2019 році. У першу чергу, така тенденція пов'язується із другим етапом медичної реформи, на якому відбувається оптимізації роботи лікарів-спеціалістів. Це в свою чергу впливає на те, що пацієнти не направляються на дослідження без вагової потреби, а також зменшенням фактів самостійного проходження досліджень пацієнтами обласної клінічної лікарні. Тепер обов'язковим елементом для цього є направлення лікаря. З іншого боку, зменшення кількості звернень на обстеження в свою чергу знижує притік грошових коштів до ЗОЗ. Це є негативним фактором зараз, проте в умовах коли деякі клінічні дослідження будуть включені до безоплатного переліку гарантованих державою медичних послуг, ця тенденція може перетворитись на позитивну для лікарні. Надзвичайно важливим для ефективної роботи ЗОЗ виступає наявність у її розпорядженні необхідного обладнання, а також своєчасний його ремонт та оновлення.

Відтак, проаналізуємо тенденцію зміни залишкової вартості основних засобів, які перебувають на балансі КНП «Чернігівської обласної лікарні»

Чернігівської обласної ради за 2014-2018 роки, оформивши результати дослідження на рис.3.4.

Отже, із рисунку 3.4, можемо побачити, що до 2015 року відстежувалась низхідна динаміка основних засобів у розпорядженні лікарні, що означає те, що вони зношувались і не поновлювалось. Проте, із 2016 року починається стрімке зростання кількості основних засобів на балансі лікарні, що співпадає із активним етапом впровадження реформи.

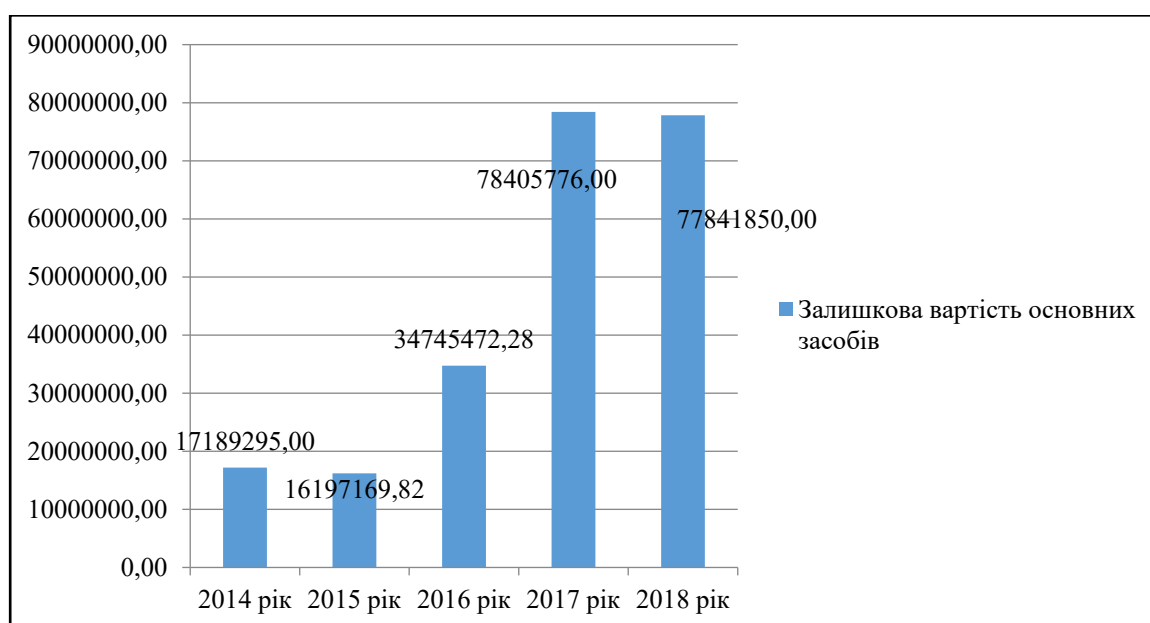


Рис. 3.4. Залишкова вартість основних засобів за 2014-2018 роки

Джерело: власна розробка автора на основі балансу за 2014-2018 роки

Дана динаміка зберігається і у 2017 році, а у 2018 відбувається незначне зменшення даного показника, що можна пояснити тим, що закупівля нових основних засобів відбувалась не настільки активними темпами, проте на фоні нарахування амортизації в сумі більше 132 мільйонів все одно є позитивною для багатопрофільної КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради.

Основним джерелом забезпечення функціонування підприємств, установ та організацій виступають наявний капітал, які у нашому випадку є основою для

фінансування всіх напрямків видатків, що виникають у процесі діяльності лікарні. Відтак, проаналізуємо динаміку зміни власного капіталу КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради протягом 2014-2018 років (рис. 3.5).

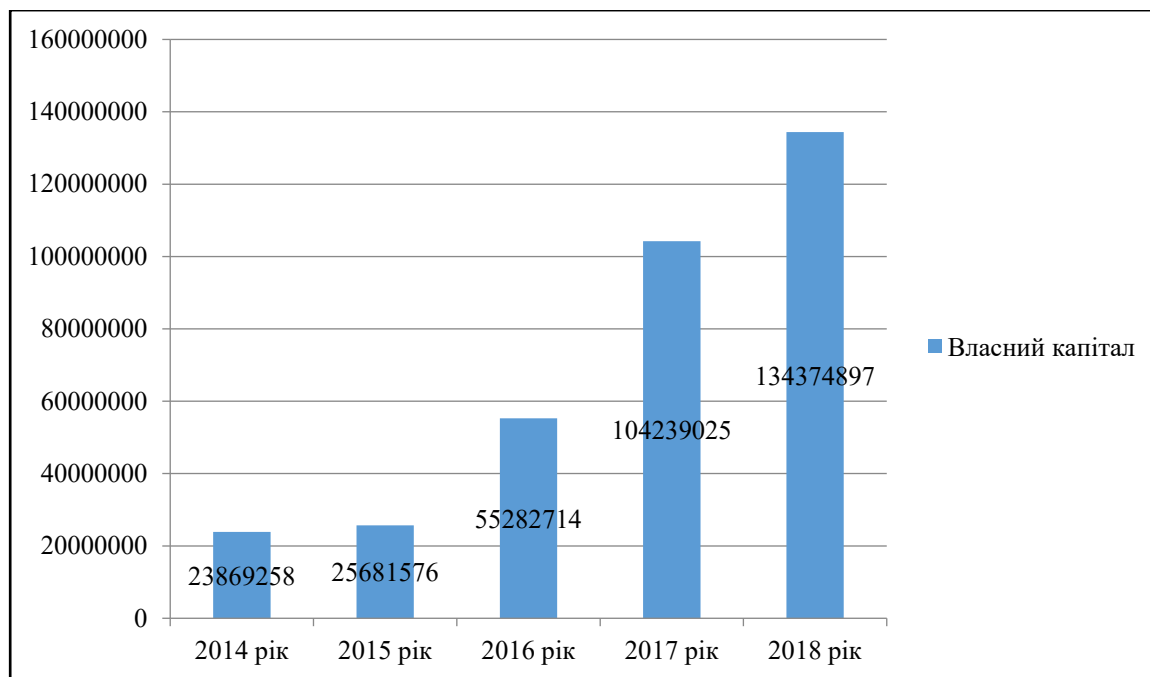


Рис. 3.5. Динаміка зміни власного капіталу КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради за 2014-2018 роки

Джерело: власна розробка автора на основі балансу за 2014-2018 роки

Таким чином, із наведеного рисунку можемо побачити, що протягом 2014-2018 років відбуваються суттєві зміни розміру власного капіталу лікарні. По розшифровці балансу за 2014-2016 роки, можемо побачити, що до структури власного капіталу даного ЗОЗ входить фонд у необоротних активах, фонд у малоцінних та швидкозношуваних предметах, а також результат виконання кошторису за загальним та спеціальними фондами. Баланс 2017-2018 років, в свою чергу, виділяє в структурі власного капіталу внесений капітал, фінансовий результат та цільове фінансування.

Отже, остаточна сума власного капіталу за 2017-2018 роки формується шляхом коригування внесеного капіталу на фінансовий результат, який може бути позитивним (як це було у 2017 році) та негативним (за показниками 2018 року) із додаванням суми цільового фінансування. З урахуванням цього можемо стверджувати, що фінансово-економічний стан КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради характеризувався як не стабільний, і навіть з урахуванням негативного фінансового результату за підсумками 2018 року сума наявного власного капіталу значною мірою зросла, порівняно із попередніми роками, проте є тимчасовим явищем.

Загалом, підсумовуючи проведені дослідження, можемо стверджувати, що протягом окресленого періоду об'єми роботи КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради набирали обертів. Так, збільшилось число штатних посад лікарів та середнього медичного персоналу, що свідчить про розширення штату, проте прослідковується високий рівень плинності кадрів. У певних періодах як тимчасові моменти, зростає кількість лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію.

Оптимізувалась кількість лікарських відвідувань у 2019 році, порівняно із 2018 роком, що створює додаткові години для обслуговування пацієнтів на місцях. Окрім того, збільшилась кількість пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні, поруч із збільшенням інтенсивності лікування, що є позитивним. У той же час, вивчення структури діагностичних досліджень, які надаються досліджуваним ЗОЗ, також зростала протягом 2015-2018 років, а в 2019 році також відстежується зменшення їх кількості. Не менш важливим фактом, виявленим у ході проведення аналізу фінансово-економічної діяльності, є оновлення та поповнення складу основних засобів, які перебувають у розпорядженні лікарні, що на фоні утворення укрупнених ЗОЗ в умовах реформи постає надзвичайно важливим, для формування змоги надавати якісну медичну допомогу на належному рівні.

У ході дослідження нами визначено ряд проблем, з якими стикається у своїй діяльності КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради. У першу чергу, це наявність не докомплектування штату лікарів, що спричинено зростанням кількості штатних посад. Значні зусилля, особливо керівництва ЗОЗ, необхідно спрямувати на усунення нестачі, адже КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради в найближчому майбутньому стане своєрідним центром надання кваліфікованої медичної допомоги в межах Чернігівського госпітального округу. У зв'язку із цим, другою проблемою, яка потребує негайного вирішення, виступає розширення стаціонару лікарні, з метою підвищення кількості пацієнтів, які можуть бути прийняті до нього. Адже, як показує наше дослідження, середньорічна кількість ліжок не змінювалась вже протягом трьох останніх років, це при щорічному зростанні кількості пацієнтів, які обслуговуються лікарнею. Поруч із цим, надзвичайно важливим є продовження політики закупівлі та оновлення складу основних засобів, як основи для отримання всебічної належної, а головне своєчасної медичної допомоги.

У період пандемії в КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради з початку 2020 року навантаження на ЗОЗ збільшилось та поглибився кризовий стан через зниження фінансово-економічної і кадрової складової. Проте реорганізація та об'єднання з іншими ЗОЗ дали можливість стабілізувати спад і отримати основу для підвищення медико-соціальних показників.

Проведене власне дослідження фінансово – економічної діяльності КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради за період 2015 – 2021рр. дає змогу встановити, що:

- при збільшенні чисельності лікарів і числа осіб з вищої категорією, прослідковується зменшення якості наданих медичних послуг у зв'язку зі

збільшенням навантаження на медичний персонал та зменшенням фінансування ЗОЗ, який відповідно опинився в складному фінансовому становищі;

- антикризове управління ЗОЗ немає системності та відповідної програми і моделі. Заходи реагування на ризики та чинники, які виникають, вживаються не відкладно, і формуються вже по факту присутності впливу певного ризику чи чинника на діяльність ЗОЗ за рекомендаціями МОЗ.

- не можливість системно відслідковувати ризики і чинники результатів діяльності ЗОЗ, за вказаний період, а саме не системність моніторингу, аналізу і контролю за ключовими складовими антикризового управління ЗОЗ. Як приклад, відсутність фінансової, кадрової, медико-соціальної статистики в ЗОЗ за певні періоди, які фактично були основними при входженні в кризовий стан – статистика ведеться за встановленими формами.

3.2. Результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічної діяльності Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м. Києва

За умов реформування охорони здоров'я та впровадження проектно-програмного підходу, потребі у впровадженні міжнародних вимог та стандартів, наданні населенню якісних послуг, існує потреба у виявленні найбільш ефективних методів організації управління ЗОЗ. На сьогодні все ще використовується застарілий підхід та методи управління. Вони потребують заміни, інтенсивного навчання методам медичного управлінського персоналу, адаптації. В Україні доцільно впроваджувати інтегрований досвід управління на всіх рівнях. За базою дослідження КНП «Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м. Києва» автором проведено тотожне дослідження діяльності з метою виявлення доказової бази кризового стану діяльності впродовж 2015 – 2022рр.

КНП «Шкірно – венерологічний диспансер №2 Деснянського району м. Києва» (надалі – Диспансер) є закладом охорони здоров'я, який діє у відповідності до законодавства України про охорону здоров'я, заснованим на комунальній власності територіальної громади міста Києва, підпорядкованою Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради. Головним завданням Диспансеру є забезпечення потреб населення у кваліфікованій і доступній спеціалізованій медичній допомозі хворим дерматовенерологічного профілю.

Установа має ліцензію МОЗ України на медичну практику та вищу акредитаційну категорію. В Диспансері працюють переважна кількість лікарів зі стажем роботи 10 і більше років і мають атестаційну категорію 83,3% від працюючих або 100% від осіб підлягаючих атестації. Потужність диспансеру розрахована на 281 відвідування, працює в 2 зміни. (рис.3.7.)

Населення району складає 364163 особи, у тому числі дорослого населення 285123 особи, дитячого населення 79040 осіб. Кількість населення пенсійного віку, яке обслуговує Диспансер складає 69165 осіб. В районі мешкає 15318 осіб, які постраждали від аварії на ЧАЕС та 6790 - інвалідів ВВВ, учасників бойових дій та осіб, що прирівняні до них. На території району працюють і проживають багато громадян інших міст і селищ України без реєстрації, які також звертаються за медичною допомогою в Диспансер проводить медичні огляди співробітникам 69 дитячих дошкільних закладів та 53 шкіл району. На базі Диспансеру розташований районний госпрозрахунковий кабінет профоглядів декретованої групи населення. Апаратура і обладнання якими забезпечений Диспансеру дозволяє провести дослідження в майже повному обсязі для населення, що проживає в районі діяльності Диспансеру, як в діагностичному так і в профілактичному аспекті. Установа має відокремлене майно, самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки у відповідних органах Державної казначейської служби України (рис.3.6).

Рисунок 3.6.

Структура Закладу (станом на кінець 2019 року)



Джерело: розроблено автором під час власного дослідження діяльності Диспансеру

Заклад розташований в окремій будівлі, яка підключена до всіх інженерних мереж.

Пріоритетними напрямками діяльності Закладу є виконання наступних основних завдань:

- здійснення заходів, щодо забезпечення надання допомоги хворим на заразні форми сифілісу, гонорею та шкірні хвороби;
- виявлення джерел венеричних та заразних захворювань, контроль за якістю лікування хворих, виявлених у результаті цих оглядів;
- співпраця з районними медичними закладами первинної та вторинної допомоги з питань виявлення джерел інфекцій та обстеження хворих, які потребують лікування;
- здійснення санітарно-освітньої роботи з питань профілактики шкірно-венерологічних захворювань серед населення району;

- здійснює комплекс заходів, щодо розвитку і підвищення ефективності медичної допомоги населенню на основі зміцнення її профілактичної спрямованості, впровадження новітніх досягнень науки та медичної практики в діагностику і лікування в області дермато-венерології з використанням найбільш прогресивних методів їх організації та проведення в умовах Закладу;

- раціональне використання бюджетних та залучення позабюджетних коштів для зміцнення та поліпшення матеріально-технічного стану диспансеру;

- забезпечення охорони праці та соціального захисту працівників Закладу.

щодо медичної практики, Диспансер здійснює:

- надання медичних послуг в установленому з чинним законодавством порядку в тому числі платних за угодами з фізичними та юридичними особами;

- організація заходів зі спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу (направлення на курси спеціалізації, вдосконалення; організація семінарів, конференцій та нарад);

- здійснення експертизи тимчасової непрацездатності пацієнтів в установленому чинним законодавством порядку, направлення у разі необхідності їх на медико-соціальну експертизу;

- здійснення господарської діяльності, не забороненої чинним законодавством України, спрямованої на поліпшення здоров'я населення та відповідної роботи Закладу;

- проведення щорічного аналізу ефективності лікування та профілактичної допомоги, стану захворюваності зі складанням річних оперативних планів лікувально-профілактичної допомоги хворим на шкірно-венеричні захворювання на основі статистичної обробки офіційно затверджених документів;

- здає в оренду нерухоме майно;

- укладає угоди та договори з метою надання послуг іншим закладам охорони здоров'я.

Заклад здійснює діяльність з акцентом на профілактичну медицину, подальше оснащення лікувально-діагностичним обладнанням, удосконалення кадрової політики, медичне забезпечення учасників АТО та пільгових категорій населення. Аналіз поточної діяльності Закладу дозволяє оцінити його сильні та слабкі сторони, його можливості та перспективи подальшого розвитку, а також визначити ключові фактори для підвищення ефективності діяльності та виходу з кризового стану (табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

SWOT-аналіз Закладу

<i>СИЛЬНІ СТОРОНИ</i>	<i>СЛАБКІ СТОРОНИ</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Орієнтованість на покращення інфраструктури та менеджменту медичного закладу. ● Оптимальне керівництво. ● Чітке бачення місії і цінностей диспансеру та його місця в системі Київського госпітального округу. ● Підвищення якості медичного обслуговування. ● Заклад єдиний проводить дослідження крові на сифіліс для всіх медичних закладів району, а також на особисті звернення пацієнтів ● Наявність високо-кваліфікованого медичного персоналу, вмотивованого до роботи. ● Велика чисельність населення району – 369 64 осіб. 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостатня кількість висококваліфікованих працівників певної спеціалізації, а саме – юриста, персоналу фінансово-економічної служби. • Недостатня матеріально-технічна база, відсутність необхідного оснащення для повної реалізації усіх можливостей диспансеру. • Відсутність комп'ютеризації Закладу (в тому числі для роботи лікарів, молодшого медичного персоналу, лабораторій). • Зношеність приміщення та основних засобів, які потребують оновлення. • Недостатня кількість та застаріле лікувально-діагностичне обладнання.
<p style="text-align: center;"><i>МОЖЛИВОСТІ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Сприяння зацікавлених сторін щодо збільшення періодичних та капітальних фінансових впливань відповідно до нового стратегічного напрямку. 	<p style="text-align: center;"><i>ЗАГРОЗИ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Відсутність фінансового менеджменту та юридичного супроводу діяльності Закладу може призвести до кризового стану. Від так погіршення надання медичних послуг населенню та невиконання основної функції – профілактика та

<ul style="list-style-type: none"> ● Позитивна громадська думка (позитивний імідж) з точки зору надання медичних послуг. ● Вигоди від державного та приватного партнерства. ● Платоспроможність населення за рахунок залучення до схем страхування та інших форм оплати медичних послуг. 	<p>забезпечення охорони здоров'я територіальної громади</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відсутність інформаційних технологій та цифровізації, комп'ютеризації призведе до неефективного використання усіх ресурсів закладу – медичного персоналу, майнового фонду, основних засобів та апаратури. Також це збільшує час для надання медичних послуг, знижує їх якість та збільшує бюрократичне навантаження на персонал. ● Від так загальне кризове становище може призвести до високої плинності кадрів
<p style="text-align: center;"><i>ВНУТРІШНІ ЗАГРОЗИ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● зменшення фінансування; ● перехід на самостійне планування дохідної і витратної частини фінансового плану; ● зміна форми власності; ● зміна управлінських вимоги до персоналу; ● не готовність персоналу змінюватись під нові чинники. 	<p style="text-align: center;"><i>ЗОВНІШНІ ЗАГРОЗИ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● реформа, ● пандемія COVID-19; ● війна; ● зростання рівня захворюваності на інфекційні хвороби; ● ймовірність радіаційного впливу ● тощо
<p style="text-align: center;"><i>КЛЮЧОВІ ФАКТОРИ УСПІХУ ЗАКЛАДУ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ефективне лідерство, дисципліна, ▪ Наявність адекватних та стабільних ресурсів, ▪ Спільне бачення та визнанні цінності, ▪ Зобов'язання та підтримка зацікавлених сторін, ефективне спілкування, ▪ Сталий партнерський зв'язок та партнерське співробітництво, ▪ Ефективне використання наявних ресурсів. ▪ В обов'язковому порядку комп'ютеризація та цифровізація основної діяльності Закладу, налагодження комунікацій в середині Закладу за допомогою інформаційних технологій та впровадження антикризового управління.. 	

КІЛЬКІСТЬ НАСЕЛЕННЯ РАЙОНУ 369 641 ОСОБИ	● КІЛЬКІСТЬ ВІДВІДУВАНЬ ЗАКЛАДУ 136 652 ОСОБИ
---	--

Джерело: сформовано автором під час власного дослідження.

Отже, метою діяльності Закладу є гарантування населенню району якісної медичної допомоги шляхом надання профілактичних, лікувальних та діагностичних послуг.

Планування діяльності Закладу повинно бути орієнтоване на виконання Указів Президента України, постанов уряду в галузі охорони здоров'я, наказів Міністерства охорони здоров'я, зокрема постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №932 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів”, Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013, Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших нормативно-правових актів.

Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013 та Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” одним з основних стратегічних завдань медичної реформи є перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Для цього необхідно змінити характер відносин між постачальником медичних послуг і їх замовником – відповідним розпорядником бюджетних коштів, запровадивши договірне регулювання взаємовідносин між ними. А це у свою чергу потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської й фінансової автономії шляхом реорганізації їх у державні та комунальні некомерційні підприємства.

Основою для діяльності та надання допомоги населенню на відповідному рівня є забезпеченість Диспансеру лікарями. Проведемо аналіз забезпеченості

лікарів, шляхом розрахунку відповідного показника. Результати подані в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Відсоток забезпеченості Диспансеру медичними працівниками

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Забезпеченість лікарями всього, в т.ч.:	92,72%	80,41%	79,300%	80,00%	65,00
Дерматовенеролог	87,50%	77,50%	60,00%	63,33%	62,35%
Венеролог-інфекціоніст	85,71%	75,71%	72,86%	65,12%	57,63%
Алергологі-імунолог	87,30%	76,50%	67,50%	60,00%	60,00%
Хірург дерматології	96,67%	84,44%	70,82%	67,67%	57,26%
Лаборант	97,37%	76,84%	76,84%	51,1%	37,50%

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

З даних, наведених в табл. 3.7. можемо сформулювати висновки, що рівень забезпеченості штатних посад медичними працівниками є не достатнім і забезпеченість кадрами знижується щороку, високими темпами. Так, загальна забезпеченість протягом 2015-2019 років коливалась в межах - 15,00%. Найбільш забезпеченим є Диспансер дерматовенерологами і алергологами-імунологами. Найменш забезпеченим – лаборантами, хірургами-дерматологами. Така ситуація пов'язується із низьким рівнем фінансування та великим навантаженням на Диспансер. Адже, як свідчать дані річного звіту лікувально-профілактичного закладу, за період дослідження кількість штатних посад щороку знижувалась практично за всіма категоріями лікарів, прослідковується фактична нестача лікарів для забезпечення пацієнтопотоків, які з початком пандемії зросли на 56,5% у 2020 році.

Окрім лікарів, вагоме місце серед працівників обласної клінічної лікарні займає середній медичний персонал. Відтак, проаналізуємо забезпеченість середнім медичним персоналом за 2015-2019 роки, узагальнені результати подано в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Відсоток забезпеченості Диспансеру середнім медичним персоналом

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Забезпеченість середнім медперсоналом всього, в т.ч.:	97,66%	78,38%	73,38%	69,22%	52,64%
Медичними сестрами	98,27%	68,46%	64,06%	59,71%	43,26%
Лаборантами	94,25%	66,84%	65,60%	51,11%	37,50%
Молодшим медперсоналом	97,67%	68,25%	67,36%	57,48%	26,03%

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Отже, як бачимо із наведеної таблиці найвищий рівень забезпеченості штатних посад медичних сестер. Найгірше Диспансер забезпечений лаборантами та молодшим медичним персоналом. При цьому, за даними звітів прослідковується різке скорочення штатних одиниць, що у свою чергу призвело до вивільнення працівників середнього медичного персоналу на кінець 2019 року на 45%.

Наступним кроком проведеного нами дослідження виступає аналіз роботи поліклінічного відділення Диспансеру. Таким чином, проаналізуємо динаміку лікарських відвідувань, включно із профілактичними протягом окресленого періоду, оформивши результати дослідження на рис. 3.8.

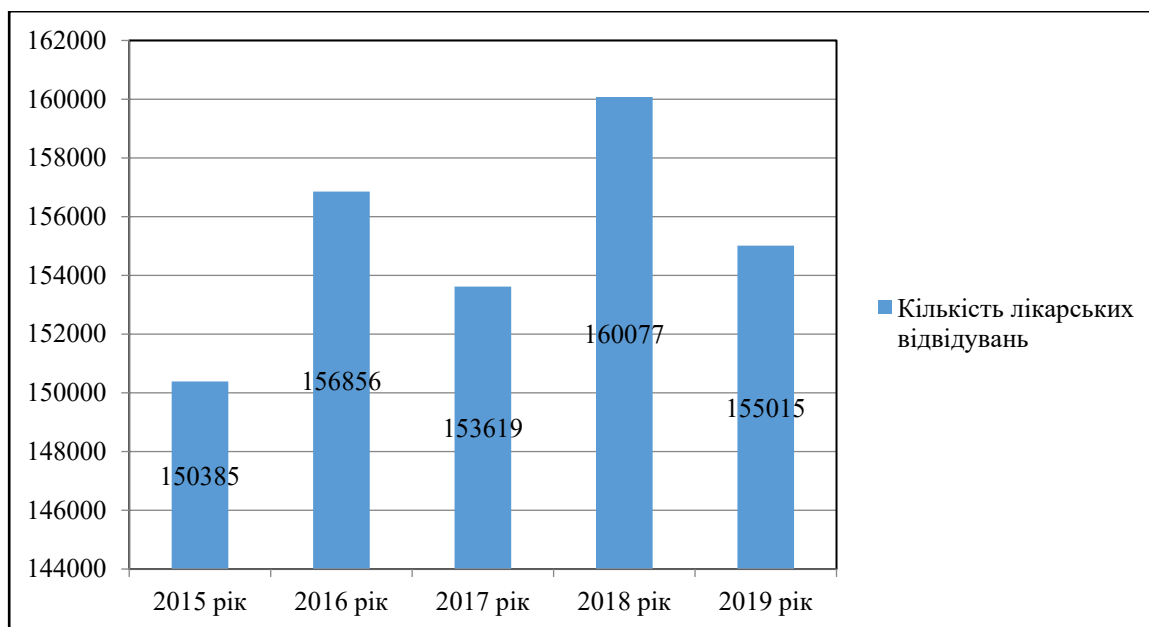


Рис. 3.8. Кількість лікарських відвідувань, в тому числі профілактичних за 2015-2019 роки

Джерело: власна розробка автора на основі річного звіту лікувально-профілактичного закладу за 2015-2019 роки та звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики

Аналізуючи дані, наведені на рисунку, можемо стверджувати, що кількість лікарських відвідувань мала надзвичайно неоднозначну динаміку протягом досліджуваного періоду. Для прикладу у 2016 році порівняно із 2015 роком цей показник зростав, а у 2017 відбулось його зменшення. Аналогічна ситуація відбувається і у 2018 році порівняно із 2017 роком, коли кількість лікарських відвідувань зростала, а у 2019 році знову зменшувалась і була не набагато вище рівня 2017 року.

Окрім діяльності поліклінічного відділення у структурі Диспансеру відбувається лікування, прийом пацієнтів в кабінеті Профоглядів КВД № 2. Під час аналізу даної складової, надзвичайно важливими показниками виступають кількість фактичних оглядів, оглядів при поступленні, кількість аналізів крові на RW, кількість аналізів виділень, кількість виявлених хворих на різного роду

захворювання і тощо. Відтак, згрупуємо дані показники, і оформимо результати до табл. 3.9. та табл.. 3.10

Таблиця 3.9

Результати роботи кабінету Профоглядів КВД № 2. в дошкільних
установах за 2015-2019 роки

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Підлягало огляду	6300	5810	5720	5700	5322
Огляд фактично	5400	5100	5100	5250	5163
Кількість оглядів	12000	11160	11100	10 050	10326
Оглядів при поступленні	937	840	780	545	691
% охоплення	98	98	98	98	97
Кількість аналізів крові на RW	12300	11250	11023	10420	10026
Кількість аналізів виділень	0	0	0	0	0
Кількість бак посівів	0	0	0	0	0
Виявлено хворих сифілісом	0	0	0	0	0
Виявлено хворих гонореею	0	0	0	0	0
Виявлено хворих трихомоніазом	0	0	0	0	0
Виявлено хворих ерозія ми ш\м	0	15	23	18	21
Виявлено хворих з запаленням сечовидільних органів	1	4	4	6	8
Передракові захворювання	11	9	14	21	30
Кількість осіб що підлягають тубобліку	1	2	2	4	6
Кількість інвазованих	0	1	0	0	0
Кількість осіб що перехворіла кишковими інфекціями	1	3	2	2	2

Джерело: власна розробка автора на основі звітів диспансеру.

Таблиця 3.10

Результати роботи кабінету Профоглядів КВД № 2. в школах за 2015-2019 роки

Показник	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Підлягало огляду	6210	5800	5462	5300	4732
Огляд фактично	5300	5000	5000	4350	3805
Кількість оглядів	5300	5000	5000	4350	3805
Оглядів при поступленні	520	340	410	345	127
% охоплення	98	93	97	93	85
Кількість аналізів крові на RW	6230	5250	4023	4420	3300
Кількість аналізів виділень	0	0	0	0	0
Кількість бак посівів	0	0	0	0	0
Виявлено хворих сифілісом	0	0	0	0	0
Виявлено хворих гонореею	0	0	0	0	0
Виявлено хворих трихомоніазом	0	0	0	0	0
Виявлено хворих ерозія ми ш\м	0	10	13	11	7
Виявлено хворих з запаленням сечовидільних органів	1	3	5	6	4
Передракові захворювання	8	4	3	4	9
Кількість осіб що підлягають тубобліку	1	2	3	3	1
Кількість інвазованих	0	0	0	0	0
Кількість осіб що перехворіла кишковими інфекціями	1	2	1	2	3

Джерело: власна розробка автора на основі звітів диспансеру.

Враховуючи кризовий стан Диспансеру, вимоги сьогодення (на момент дослідження) щодо необхідності реорганізації Диспансеру, з урахуванням аналізу матеріалів дослідженняються пропонуємо авторське бачення програми

подолання кризового стану саме для цього диспансеру. Програма подолання кризового стану диспансеру подана в додатках. (Додаток Ж).

Основними методами реалізації завдань шкірно-венерологічних закладів є адміністративні, правові, економічні, соціально-мотиваційні.

До адміністративних методів управління шкірно-венерологічних закладів слід віднести: розробка та контроль виконання проектів та програм з покращення фінансово-господарської діяльності закладу; планування, контроль та якісна підготовка необхідної кількості кадрів; атестація медичних працівників; планування навчання медичного персоналу; встановлення стандартів, в тому числі обслуговування клієнтів; упорядкування системи статистичної звітності; використання нових технологій; організація та забезпечення надання якісних послуг.

До економічних методів управління шкірно-венерологічних закладів слід віднести: планування та прогнозування розвитку закладу на три-п'ять років; планування бюджету закладу, доходів та видатків, забезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів та коштів донорів, інших джерел фінансування; проведення ярмарків та днів відкрити дверей для популяризації реформування закладу та інформуванню населення про гарантовані медичні; залучення коштів міжнародних донорів на поставку медичного устаткування та матеріалів; фінансування цільових проектів розвитку закладу; купівля нового обладнання та технологій лікування, тобто інноваційна політика; впровадження нових управлінських процесів; регулювання фінансових потоків діяльності організацій та інші.

До соціально-мотиваційних методів управління шкірно-венерологічних закладів варто віднести: залучення міжнародних грантів щодо фінансування закладу та проектів; роз'яснення інформаційна політики закладу охорони здоров'я: розміщення в Інтернеті інформації про діяльність закладу медицини, про стан здоров'я населення, розвиток та оцінку ефективності роботи закладу,

сімейних лікарів; залучення територіальних громад до участі в управлінні галуззю, соціальні зобов'язання виробників перед споживачами медичних послуг; розвиток телемедицини; метод морального переконання.

Між тим, проблеми розвитку шкірно-венерологічного диспансеру вказують на необхідність негайного пошуку шляхів реформування:

1. Нестача ресурсного забезпечення, зокрема низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п'ять років коливається у межах 3-4 %, що є нижчим від середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу майже у 3 рази.

2. Недоліки механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема: – Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується. Так, у 2010 році загальний обсяг фінансування становив 41,7 млрд грн, з яких: загальний фонд (бюджетні кошти) становили 39,4 млрд грн, що на 9,4 млрд грн (31,5 %) перевищує показник 2009 року (2009 р. - 29,9 млрд грн), у тому числі: місцеві бюджети сплачують в обсязі 32,1 млрд грн із зростанням на 30,6 %, державний бюджет - в обсязі 7,3 млрд грн із зростанням на 35,8 %; спеціальний фонд (власні кошти закладів, установ, Стабілізаційний фонд) – 2,3 млрд грн. Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП складає 3,6 % (2009 р. – 2,9 %).

Відповідно до проведеного дослідження методів та інструментів антикризового управління диспансеру можна зробити висновок, що більшість з них мають доволі незначний характер використання, а їх застосування не зважаючи на такі обмеження може зумовити отримання викривлених інформаційних даних, а в результаті – прийняття неправильних управлінських рішень. Для формування ефективної антикризової моделі управління диспансеру необхідно:

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

Серед проблем фінансування шкірно-венерологічного диспансеру виділяємо:

1. Нераціональне використання наявних ресурсів. Дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, яка проявляється в концентрації високоспеціалізованих ЗОЗ на певній адміністративній території.

Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території. Відсутня система маршруту пацієнта з боку лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря) – пацієнти, як правило, самостійно напругу звертаються до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань в медичній галузі, а з іншого – надмірний, в переважній більшості, не обґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу.

2. Низька доступність до якісних послуг з охорони здоров'я. Диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та відсутність державного забезпечення ліками. Наслідком вищезазначеного є те, що більша половина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості.

3. Низька якість кадрового забезпечення. Дільничні лікарі, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації. Негативний кадровий баланс: постаріння працівників і; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів.

Для зменшення необґрунтованих витрат на медичну допомогу населенню органам виконавчої влади та місцевого самоврядування доцільно активізувати запровадження стаціонаро замінних технологій, що, за розрахунками експертів, дають змогу зекономити 50–70% загальних витрат на лікування одного пацієнта без погіршення якості медичних послуг. Пояснюється це тим, що лікування в умовах цілодобового стаціонару коштує значно дорожче, ніж у денному стаціонарі поліклініки.

Таблиця 3.11

Концепція реформування управління фінансовими ресурсами шкірно-венерологічних закладів

Вектори реформи	Заходи з реалізації
Відмова від декларацій держави щодо забезпечення всіх громадян усіма видами безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я	Визначення базового пакета гарантованого державою обсягу безоплатних медичних послуг і забезпечення адекватного розміру фінансових ресурсів для організації їх надання
Усунення неофіційних розрахунків населення за надану медичну допомогу	Введення співучасті населення в оплаті медичних послуг
Зміна господарсько-правового статусу бюджетних ЗОЗ	Надання управлінської та фінансової автономії ЗОЗ шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства
Зміна методів оплати медичних послуг ЗОЗ	Відмова від кошторисного методу фінансування ЗОЗ та запровадження: подушного фінансування за моделлю часткового фондо тримання – для оплати медичних послуг амбулаторнополіклінічних закладів та фінансування за методом глобального бюджету – для ЗОЗ
Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів ЗОЗ	Впровадження стаціонаро замінних та ресурсозберігаючих технологій, оптимізація потужності ЗОЗ, підвищення ефективності капіталовкладень
Диверсифікація джерел фінансових ресурсів ЗОЗ	Формування багатоканальної моделі фінансового забезпечення ЗОЗ із залученням бюджетних коштів як основного джерела фінансових ресурсів, коштів від медичного страхування, надання платних медичних і немедичних послуг, благодійних внесків, кредиту, лізингу та інших джерел, не заборонених законодавством
Вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу.	Для лікарів ланки ПМД оптимальною була б змішана модель оплати праці (комбінація покладного, подушового і гонорарного методів); оплата праці лікарів стаціонарного сектору медичної допомоги має складатися з постійної і змінної частин; усунення міжпосадових диспропорцій.

Джерело: розроблено автором під час власного дослідження

Отже, для реформування роботи диспансеру необхідним є покращення ресурсного забезпечення, розподілу та використання ресурсів, автоматизація систем управління та обміном інформацією, підвищення кваліфікації кадрів, пошуку нових джерел залучення фінансових ресурсів. Це дасть можливість покращити фінансово-економічні результати діяльності закладів та підвищити якість надання медичних послуг.

На момент дослідження залишаються невирішеними і потребують доопрацювання низка ключових моментів, які суттєво утруднюють в найближчий час запровадження реформи та можуть утруднювати роботу шкірно-венерологічних закладів, а саме:

1. Ризики, пов'язані зі становищем на ринку праці, зокрема: – низька заробітна плата населення країни, високий рівень нарахувань на заробітну плату (41,5 %, з яких 3,5 % сплачує найманий робітник, а 38 % - роботодавець). – Високий рівень тіньових заробітних плат (за оцінками Всесвітнього банку, Україна має найбільший неформальний сектор, який сягає 50 % ВВП).

2. Ризики, пов'язані з сучасним станом сфери охорони здоров'я, зокрема:

- Відсутність єдиних державних тарифів на медичні послуги, відповідно до стандартів якості послуг з охорони здоров'я, що може призвести до неконтрольованого зростання цін на послуги з охорони здоров'я без відповідного підвищення якості [11].

- Регіональна та організаційна диспропорція в оснащенні ЗОЗ, що ускладнює процес забезпечення рівності та солідарності надання якісних послуг з охорони здоров'я та загостриться в умовах запровадження страхової медицини.

- Поширена практика неофіційної оплати за медичні послуги (за деякими даними, становить іноді більш як половину доходів лікарів).

3. Ризики пов'язані з медико-демографічною кризою а в Україні, зокрема: – Стрімке постаріння населення. Якщо у 1991 р. частка населення у

віці 60 років і старше становила всього близько 19 %, то станом на початок 2010 р. – понад 21 %.

Складнощі реформування пов'язані з низкою взаємозумовлених проблем, а саме: реформування відбувається в умовах загальноекономічної кризи; відсутній системний аналіз причин неадекватності української системи охорони здоров'я суспільним очікуванням. Ці причини слід чітко розмежувати на такі, що зумовлені корупцією, некомпетентністю та фінансовою безвідповідальністю уповноважених посадових осіб та структур і мають бути подолані в процесі загальних реформ державного управління, й такі, що можуть бути усунені лише внаслідок кардинальної зміни національної моделі охорони здоров'я;

– не було чіткого бачення та суспільного консенсусу щодо моделі системи охорони здоров'я, яку буде збудовано в результаті реформи;

Реформування роботи шкірно-венерологічних закладів в Україні здійснюється в умовах ризиків як внутрішніх так і зовнішніх а також трьох основних чинників – реформа, пандемія і війна, які посилюють негативні явища за рахунок нарашарування.

3.3. Взаємозв'язок кадрової політики та фінансової стабільності в КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради та КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва

Варто наголосити на системному підході управління персоналом через реалізацію сукупності принципів, ідей та вимог. Оскільки відповідно до чинної нормативно-правової бази України медична допомога надається населенню безкоштовно, то і рівень фінансових потоків не може бути значним, а зміни стану фінансової стабільності ЗОЗ залежать лише від інструментів реалізації державної політики та механізму розподілу фінансових ресурсів на місцевому рівні. Тому поняття кадрової політики зводиться до сукупності управлінських дій,

корегування яких відбувається під впливом загальнодержавних тенденцій у сфері охорони здоров'я.

Нами було проведено дослідження ступеня взаємозалежності кадрової політики та фінансової стабільності на прикладі баз дослідження. Відповідно, стратегічною ціллю баз дослідження є підвищення якості медичного обслуговування на основі досягнення високого рівня фінансової стабільності, реалізації ефективної політики управління ресурсами та застосування дієвих механізмів впливу на фінансовий стан ЗОЗ. Основними інструментами досягнення визначеної мети є раціональна організація роботи з медичним персоналом та застосування дієвих підходів стимулювання високого рівня продуктивності праці. Для оцінки ефективності реалізації кадрової політики в межах досліджуваного ЗОЗ ми проаналізувати результативність роботи КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради та заходів управління персоналом, зокрема (табл. 3.12).

Таблиця 3.12.

Показники соціально-економічної ефективності управління кадрами КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, 2015-2019 рр.

Показник	Значення				
	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Абсолютні показники</i>					
Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	1 154,0	1 161,0	1 175,0	1 182,0	1 196,0
Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	8	7	9	9	14
Кількість працівників, що звільнились, ос.	2	1	2	3	2
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	37 982,4	41 725,4	55 681,0	57 756,8	63 893,4
Середньомісячна заробітна плата, грн.	2 742,8	2 994,9	3 949,0	4 071,9	4 451,8
<i>Відносні показники, %</i>					
Коефіцієнт плинності кадрів	0,17	0,08	0,17	0,25	0,16
Коефіцієнт стабільності кадрів	83,24	84,12	84,36	85,46	86,34
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	83,21	74,84	70,13	53,92	51,74
Коефіцієнт кваліфікованості	89,47	89,97	92,71	93,14	94,67
Коефіцієнт соціальних витрат	2,12	2,36	2,98	3,64	3,81

Джерело: розраховано автором за даними фінансової звітності.

Динаміка наведених у табл. 3.11 показників соціально-економічної ефективності реалізації кадрової політики КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, а також рівень їх абсолютної та відносної зміни протягом досліджуваного періоду відображена у табл.3.12.

Таблиця 3.12.

Абсолютне та відносне відхилення показників соціально-економічної ефективності управління кадрами КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, 2015-2019 рр.

Показник	Абсолютне відхилення, п.п.			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
<i>Абсолютні показники</i>				
Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	7,0	14,0	7,0	14,0
Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	-1,0	2,0	-	5,0
Кількість працівників, що звільнились, ос.	-1,0	1,0	1,0	-1,0
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	3 743,0	13 955,6	2 075,8	6 136,6
Середньомісячна заробітна плата, грн.	252,1	955,0	122,9	379,9
<i>Відносні показники, %</i>				
Коефіцієнт плинності кадрів	-0,09	0,09	0,08	-0,09
Коефіцієнт стабільності кадрів	0,88	0,24	1,1	0,88
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	-8,37	-4,71	-16,21	-2,18
Коефіцієнт кваліфікованості	0,50	2,74	0,43	1,53
Коефіцієнт соціальних витрат	0,24	0,62	0,66	0,17
Показник	Відносне відхилення, %			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
<i>Абсолютні показники</i>				
Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	0,60	1,21	0,59	1,18

Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	-12,50	28,57	-	55,56
Кількість працівників, що звільнились, ос.	-50,00	100,00	50,00	-33,34
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	9,85	33,45	3,73	10,62
Середньомісячна заробітна плата, грн.	9,19	31,85	3,11	9,32
<i>Відносні показники, %</i>				
Коефіцієнт плинності кадрів	-52,94	112,51	47,05	-36,00
Коефіцієнт стабільності кадрів	1,06	0,28	1,31	1,03
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	-10,05	-6,29	-23,12	-4,04
Коефіцієнт кваліфікованості	0,56	3,04	0,46	1,64
Коефіцієнт соціальних витрат	11,32	26,27	22,14	4,67

Джерело: сформовано та розраховано автором.

Отже, стан ефективності кадрової політики протягом 2015-2019 рр. відображено показниками плинності та стабільності кадрів, співвідношенням середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні, а також коефіцієнтами кваліфікованості та рівня соціальних витрат.

Коефіцієнт плинності кадрів характеризується незначними коливаннями та зберігається в межах природніх відхилень до початку пандемії у 2020 році. Таке значення показника визначає кадрову політику, що реалізується керівництвом КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради як не зовсім ефективну, оскільки збільшення чисельності не гарантує якості, хоча управління кадрами здійснюється відповідно до розроблених коротко- та середньострокових тактичних планів.

Підтвердженням раціональності заходів регулювання діяльності персоналу також є коефіцієнт стабільності кадрів.

Таким чином, з одного боку, регуляторна діяльність має на меті організацію людського фактору як головного складника продуктивної сили закладів сфери охорони здоров'я та сприяння самореалізації кожного працівника. Проте, з іншого боку, загальна стратегія управління трудовим потенціалом повинна забезпечити стабільну фінансову роботу та максимально задовольнити потреби споживачів медичних послуг. Відповідно, кадрова політика ЗОЗ

визначає стратегічний напрям досягнення фінансової стабільності та дотримання належного стану забезпеченості їх діяльності на довгостроковий період.

Станом на 2019 рік показник досягнув максимального значення та становив 86,34%, що свідчить про низький рівень вибуття медичного персоналу зі стажем роботи у 5 і більше років. Проте за результатами аналізу діяльності в період пандемії 2020 – 2022 рр. цей показник різко змінився в сторону зменшення і становив у 2021 році 55,2%. З початком воєнного вторгнення та війни цей показник став ще більш не стабільним. На зміну коефіцієнта стабільності кадрів в сторону зменшення вплинуло – виїзд цивільного населення (в тому числі лікарів та молодший медичний персонал) на захід держави, за кордон, подалі від лінії фронту. Одночасно варто відзначити, що навантаження та пацієнтопотік збільшився у 35,7% станом на січень 2022 року. Основну часту серед пацієнтів займало травмоване цивільне населення Чернігівської області та поранені військові не лише Чернігівської області але й з інших зон бойових дій.

Рівень коефіцієнта співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи (внутрішній чинник) і в регіоні має негативну динаміку, що характеризує низький рівень стимулювання роботи працівників з боку державних та місцевих органів влади. Хоча зазначений показник має лише опосередкований вплив на фінансову стабільність ЗОЗ, проте подальше його погіршення, в підсилення негативної дії зовнішніх чинників, спричинити підвищення рівня плинності кадрів та знизили ефективність роботи ЗОЗ.

Значення коефіцієнта кваліфікованості кадрів у 2019 році досягнуло рівня 94,67%. Такий показник характеризує високу якість трудового потенціалу лікарні та свідчить про позитивні зміни у сфері охорони здоров'я загалом. Подальше покращення коефіцієнта забезпечило б стабільність кадрів ЗОЗ проте з появою додаткових ризиків таких як пандемія та війна, коефіцієнт знизився хоча не значно до 85,2%. Досить низьким рівнем характеризується коефіцієнт соціальних витрат. Це свідчить про відсутність дієвого механізму стимулювання роботи та

знижує можливість підвищення продуктивності праці. А тому, розробка кадрової політики на майбутні періоди має здійснюватись відповідно до вимог сучасного середовища, враховувати можливості професійного розвитку медичного персоналу та вмотивовувати працівників до росту рівня компетентності.

Отже, лише застосування комплексних інструментів підвищення ефективності управління кадрами як складових певної моделі антикризового управління, забезпечить належний рівень фінансового стану КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради та сприятиме стабілізації її фінансово-господарської діяльності.

Проведено також дослідження ступеня взаємозалежності кадрової політики та фінансової стабільності у КНП Шкірно –венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва.

За цією базою дослідження теж було оцінено ефективність реалізації кадрової політики, узагальнені дані подано в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13.

Показники соціально-економічної ефективності управління кадрами КНП Шкірно –венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва, 2015-2019 рр.

Показник	Значення				
	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Абсолютні показники</i>					
Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	36,5	38,5	38,5	39,0	40,5
Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	0	2	0	1	1

Кількість працівників, що звільнились, ос.	0	0	0	0	0
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	36 900,4	40 620,4	51 430,0	47 624,1	53 740,2
Середньомісячна заробітна плата, грн.	2 742,8	2 994,9	3 949,0	4 080	4 400
<i>Відносні показники, %</i>					
Коефіцієнт плинності кадрів	0,17	0	0	0	0
Коефіцієнт стабільності кадрів	84,24	84,12	84,12	85,00	86,00
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	83,21	74,84	70,13	53,92	51,74
Коефіцієнт кваліфікованості	89,47	89,97	92,71	93,14	94,67
Коефіцієнт соціальних витрат	2,12	2,36	2,98	3,64	3,81

Джерело: розраховано автором за даними фінансової звітності.

Динаміка наведених у табл. 3.13 показників соціально-економічної ефективності реалізації кадрової політики диспансеру, а також рівень їх абсолютної та відносної зміни протягом досліджуваного періоду відображена у табл.3.14.

Таблиця 3.14.

Абсолютне та відносне відхилення показників соціально-економічної ефективності управління кадрами КНП Шкірно –венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва, 2015-2019 рр.

Показник	Абсолютне відхилення, п.п.			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
<i>Абсолютні показники</i>				

Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	7,0	10,0	7,0	7,0
Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	-	2,0	-	-
Кількість працівників, що звільнились, ос.	-1,0	1,0	1,0	-1,0
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	3 743,0	10 255,2	1 075,4	4 066,7
Середньомісячна заробітна плата, грн.	252,1	955,0	122,9	279,9
<i>Відносні показники, %</i>				
Коефіцієнт плинності кадрів	-0,09	0,09	0,08	-0,09
Коефіцієнт стабільності кадрів	0,88	0,24	1,1	0,88
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	-8,37	-4,71	-16,21	-2,18
Коефіцієнт кваліфікованості	0,50	2,74	0,43	1,53
Коефіцієнт соціальних витрат	0,24	0,62	0,66	0,17
Показник	Відносне відхилення, %			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
<i>Абсолютні показники</i>				
Середньооблікова чисельність штатних працівників (в т.ч. спеціалісти з вищою немедичною освітою), ос.	0,60	1,21	0,59	1,18
Кількість прийнятого на роботу персоналу, ос.	-1,50	2,	-	5,5
Кількість працівників, що звільнились, ос.	-5,00	10,00	5,00	-3,34
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	9,85	33,45	3,73	10,62
Середньомісячна заробітна плата, грн.	9,19	31,85	3,11	9,32
<i>Відносні показники, %</i>				
Коефіцієнт плинності кадрів	-5,4	12,5	0,05	0,05
Коефіцієнт стабільності кадрів	1,06	0,28	1,31	1,03
Коефіцієнт співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні	-10,05	-6,29	-23,12	-4,04
Коефіцієнт кваліфікованості	0,56	3,04	0,46	1,64
Коефіцієнт соціальних витрат	11,32	26,27	22,14	4,67

Джерело: сформовано та розраховано автором.

Отже, стан ефективності кадрової політики протягом 2015-2019 рр. відображено показниками плинності та стабільності кадрів, співвідношенням середньомісячної заробітної плати працівників установи і в регіоні, а також коефіцієнтами кваліфікованості та рівня соціальних витрат.

Коефіцієнт плинності кадрів характеризується незначними коливаннями та зберігається в межах допустимих відхилень, але до початку пандемії у 2020 році. Таке значення показника визначає кадрову політику, як не ефективну, оскільки збільшення чисельності не гарантує якості, управління кадрами здійснюється відповідно до ситуацій які виникають, немає розроблених коротко- та середньострокових тактичних планів.

Підтвердженням раціональності заходів регулювання діяльності персоналу також є коефіцієнт стабільності кадрів. Станом на 2019 рік показник досягнув максимального значення та становив 86,00%, що свідчить про низький рівень вибуття медичного персоналу зі стажем роботи у 5 і більше років. Проте за результатами аналізу діяльності в період пандемії 2020 – 2022 рр. цей показник різко змінився в сторону зменшення і становив у 2021 році 35,1%. З початком воєнного вторгнення та війни цей показник постійно знижувався і на початок 2022 року в диспансері працювало всього 5 осіб, в тому числі керівник диспансеру. Решту персоналу виїхали з м.Києва, офіційно оформивши свою відсутність заявами про перебування у відпустці без збереження заробітної плати у зв'язку з воєнним станом. На зміну коефіцієнта стабільності кадрів в сторону зменшення вплинуло – виїзд цивільного населення (в тому числі лікарі та молодший медичний персонал) на захід держави, за кордон, подалі від лінії фронту. Одночасно варто відзначити, що навантаження та пацієнтопотік збільшився у 55,7% станом на січень 2022 року. Основну часту серед пацієнтів займало населення територіальної громади житлового масиву Троєщина, яке перебувало постійно в укритті диспансеру і зверталось за медичною допомогою до диспансеру.

Рівень коефіцієнта співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників диспансеру (внутрішній чинник) мав негативну динаміку, що характеризує низький рівень стимулювання роботи працівників з боку державних та місцевих органів влади. Хоча зазначений показник має лише опосередкований

вплив на фінансову стабільність диспансеру, проте подальше його погіршення, в підсилення негативної дії зовнішніх чинників, спричинити підвищення рівня плінності кадрів та знизили ефективність роботи диспансеру. І в досліджуваній період КНП «Шкірно- венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва фінансово-економічна діяльність, забезпеченість кадрами свідчили про критичний кризовий стан, тому диспансери м.Києва були об'єднані в ТМО «Дерматовенерологія» та приєднані до Міського шкірно-венерологічного диспансеру м.Києва, ставши його філіями.

Динаміка показника фінансової стабільності, а також рівень абсолютного та відносного відхилення коефіцієнта протягом 2015-2019 рр. відображено в табл. 3.15 та табл. 3.16 відповідно.

Таблиця 3.15.

Динаміка коефіцієнта фінансової стабільності КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, 2015-2019 рр. (%)

Показник	Значення				
	2015	2016	2017	2018	2019
Коефіцієнт фінансової стабільності	2,7	3,9	9,0	16,6	14,8

Джерело: розраховано автором за даними фінансової звітності.

Таблиця 3.16.

Абсолютне та відносне відхилення коефіцієнта фінансової стабільності КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, 2015-2019 рр. (%)

Показник	Абсолютне відхилення, п.п.			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Коефіцієнт фінансової стабільності	1,2	5,1	7,6	-1,8
	Відносне відхилення, %			
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
	44,4	130,7	84,4	-10,8

Джерело: розраховано автором за даними фінансової звітності.

Таким чином, діяльність КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради протягом 2015-2019 рр. можна охарактеризувати як фінансово не стабільну. Зниження коефіцієнта у 2019 році на 10,8% в порівнянні із відповідним періодом 2018 року не має значного негативного впливу на загальний фінансовий стан ЗОЗ, проте його зниження у 2020 році на 25,6% свідчить про активізацію діяльності приватних ЗОЗ Чернігівської області, зниження попиту на медичні послуги КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, а також зниження рівня техніко-технологічного забезпечення ЗОЗ та є свідченням кризового стану. З метою запобігання негативного впливу та виходу з кризового стану доцільно впровадити програму антикризових заходів як є складовою концептуальної моделі антикризової політики ЗОЗ.

У результаті проведеного аналізу варто зазначити, що кадрова політика та рівень фінансової стійкості досліджуваної ЗОЗ мають прямо пропорційну залежність, яка відображена на рис. 3.9.

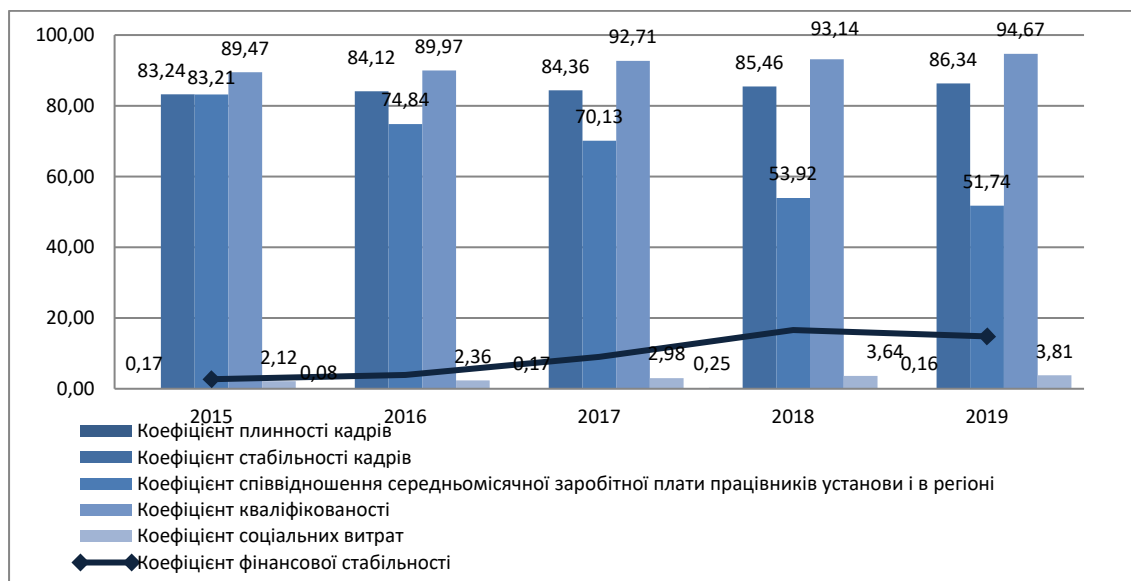


Рисунок 3.9. Залежність рівня коефіцієнтів ефективності управління кадрами та коефіцієнта фінансової стабільності КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, 2015-2019 рр.

Джерело: сформовано та складено автором.

Таким чином, дослідження відобразило, що не ефективна кадрова політика впливає на фінансову стабільність та фінансово-господарський стан ЗОЗ баз дослідження і абсолютну не готовність стратегічно до кризового стану. Раціональне регулювання фінансової стабільності спричиняє підвищення результативності управління трудовим потенціалом баз дослідження.

Пряма залежність фінансової стабільності відсутня, лише від показника співвідношення середньомісячної заробітної плати працівників баз дослідження та в регіоні загалом, оскільки зазначений показник формується під впливом загальнодержавної ринкової кон'юнктури та не може об'єктивно впливати на кадрову політику місцевих ЗОЗ. Проведене нами дослідження відобразило, що кадрова політика прямо впливає на стан фінансової стабільності баз дослідження, що відображено на рисунку 3.10., а тому її реалізація має передбачати застосування дієвих, адаптованих, модифікованих до вимог вітчизняного ринку медичних послуг та перевірених позитивним українським і зарубіжним досвідом моделей управління трудовими ресурсами, які є складовими концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ.

Вважаємо за доцільне використовувати наступні методи вдосконалення кадрової політики в контексті фінансової стабілізації діяльності ЗОЗ України: затвердити програму антикризових заходів в ЗОЗ, впровадити елементи концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ запропонованої автором, формування сучасних концепцій, сучасних методик навчання та перепідготовки кадрів, а також адаптованих до сьогоденного цифрового суспільства методів роботи із трудовим потенціалом.

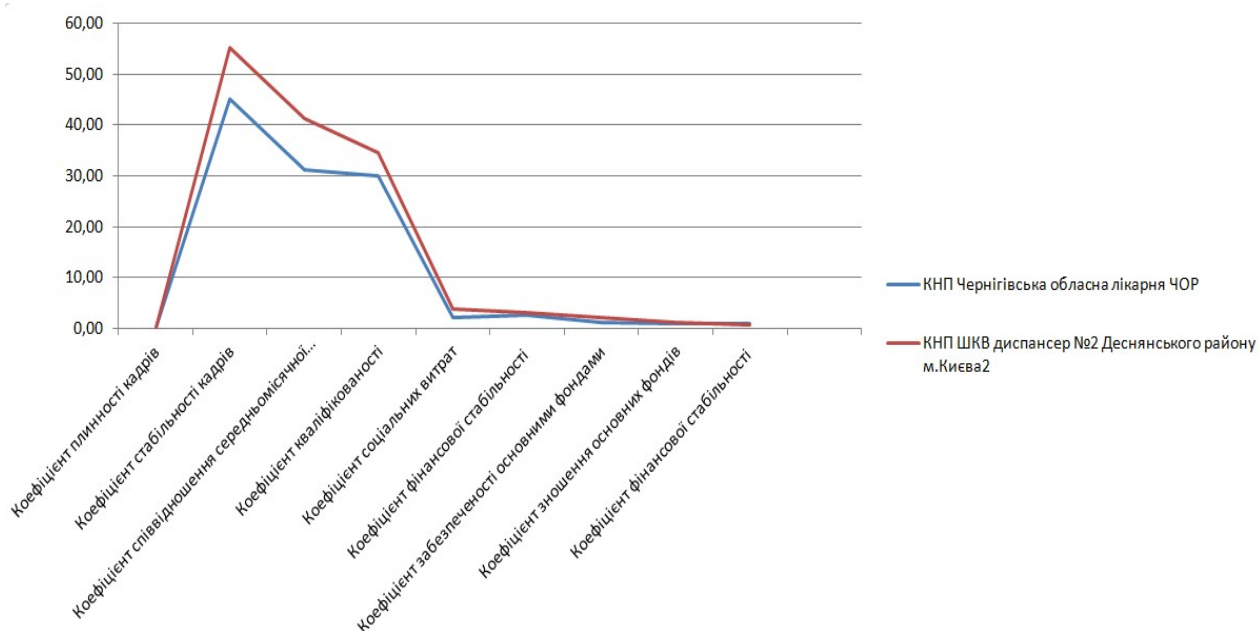


Рис.3.10. Вплив кадрової політики на фінансову стабільність під дією зовнішніх чинників за базами дослідження з 2015 до 2022 рр.

Джерело: власно розробка автора за власним дослідженням звітних даних баз дослідження.

Висновки до розділу 3.

1. Установлено, що протягом 2014-2018 років відбуваються суттєві зміни у фінансово-економічному, правовому полі діяльності баз дослідження, що спричиняє їх кризовий стан: фінансово-економічний стан характеризується як не стабільний, середньорічна кількість ліжок не змінювалась при щорічному зростанні кількості пацієнтів, які обслуговуються лікарнею. Поруч із цим, надзвичайно важливим є продовження політики закупівлі та оновлення складу основних засобів, як основи для отримання всебічної належної, а головне своєчасної медичної допомоги.

В період пандемії з початку 2020 року навантаження на бази дослідження збільшилось та поглибився кризовий стан через зниження фінансово-економічної і кадрової складової. Проте реорганізація та об'єднання з іншими ЗОЗ дали можливість стабілізувати спад і отримати основу для підвищення медико-соціальних показників.

3. Проведене власне дослідження фінансово – економічної діяльності за базами дослідження за період 2014 – 2021рр. дає змогу встановити, що: при збільшенні кількості штатних посад зменшилась якість кадрового потенціалу, збільшилось навантаження на медичний персонал, зменшилось фінансування та ЗОЗ опинився в складному фінансовому становищі; антикризове управління ЗОЗ немає системності та відповідної програми і моделі. Заходи реагування на ризики та чинники які виникають, формуються вже по факту присутності впливу певного ризику чи чинника на діяльність ЗОЗ; аналіз показав також не системність відслідковування ризиків і чинників та результатів діяльності ЗОЗ, за вказаний період, а саме не системність моніторингу, аналізу і контролю за ключовими складовими антикризового управління ЗОЗ.

4. Дослідження відобразило, що не ефективна кадрова політика впливає на фінансову стабільність та фінансово-господарський стан ЗОЗ в цілому. Рациональне регулювання фінансової стабільності спричиняє підвищення результативності управління трудовим потенціалом ЗОЗ. Проведене дослідження відобразило, що кадрова політика прямо впливає на стан фінансової стабільності ЗОЗ, а тому її реалізація має передбачати застосування дієвих, адаптованих, модифікованих до вимог вітчизняного ринку медичних послуг та перевірених позитивним українським і зарубіжним досвідом інструментів стратегії управління трудовими ресурсами.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [160], [164], [166], [168], [169], [170]

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ РИЗИКІВ, ЗОВНІШНІХ ТА ВНУТРІШНІХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ КРИЗИ ЗОЗ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ЗОЗ

4.1. Взаємозв'язок рівня захворюваності територіальної громади та антикризового управління в закладі охорони здоров'я

У межах третього етапу програми дослідження нами досліджено задоволеність пацієнтів результатами отриманої медичної допомоги та медичного обслуговування в ЗОЗ, обраних базою дослідження. Таке опитування проводилось з використанням опитувальника (Додаток А). Соціологічне дослідження, проводилося у формі опитування пацієнтів шести різних ЗОЗ України, зокрема: КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради, ТОВ "Центр хірургічних рішень "ДІЕВО", Ічнянської міської лікарні Ічнянської міської ради, Бобровицької опорної лікарні Бобровицької міської ради Чернігівської області, Черкаської обласної лікарні Черкаської обласної ради та ТОВ "Медичний центр "Поліклініка "Добробут".

Моніторинг задоволеності пацієнтів має бути постійною складовою аудиту якості медичної допомоги та її соціальної ефективності.

Опитування було проведено серед 500 повнолітніх учасників обох статей, з них 290 жінок та 209 чоловіків, що становить 58,0% та 42,0% від загальної кількості респондентів відповідно. Майже всі учасники (98%) були українцями. Середній вік респондентів становив $40,7 \pm 15,1$ року (від 18 до 85 років). З метою збору інформації, пацієнтам було запропоновано перелік різних питань, що дозволяють зібрати інформацію про поточний стан проблем медицини. Результати опрацьованих анкет систематизовані у таблиці 3.1

В таблиці найтемнішим кольором виділено ті оцінки, що отримали найбільше відповідей. Найсвітлішим кольором виділені ті оцінки, що отримали найменше відповідей.

Таблиця 4.1

Результати опитування щодо задоволеності пацієнтів лікуванням в закладах
медицини*

Область оцінювання	Кількість осіб, що поставили відповідний бал									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Якість надання медичної допомоги, послуги, консультації	22	43	36	48	40	45	26	64	81	95
Забезпеченість ліками	5	58	29	33	65	34	68	51	89	68
Швидкість реагування на ваші скарги щодо погіршення стану здоров'я	3	5	4	2	7	9	24	101	145	200
Етапність профілактичних заходів	11	15	9	8	98	87	124	45	48	55
Наступність та етапність допомоги	9	10	8	24	28	115	95	84	99	28
Матеріально – технічне забезпечення при наданні медичної допомоги	26	109	127	138	11	13	21	39	10	6
Доступність до отримання медичної допомоги	31	10	15	43	20	81	100	81	19	100
Комунікація з лікуючим лікарем	2	3	2	4	3	2	101	100	100	183
Ефективність отриманої медичної допомоги	7	0	0	110	21	19	120	98	84	41
Наступність та етапність допомоги	5	3	5	2	5	24	67	117	100	172
Чи маєте щось додати що не враховано в переліку	165	112	102	21	11	10	79	0	0	0

Джерело: зібрано та систематизовано авторами

Результати опитування, дозволили виділити наступні «слабкі місця» в діяльності закладів, обраних базами дослідження.

Якість медичної допомоги, послуг, консультацій. Однією з основних проблем медичного обслуговування в лікарнях є якість медичної допомоги, послуг та консультацій. Це включає досвід і кваліфікацію медичних працівників, доступність і відповідність діагностичних і лікувальних процедур, а також рівень залучення та комунікації з пацієнтами. Як видно із таблиці 3.1, чіткої однозначної думки з даного питання не існує, це підтверджує показник середньоквадратичного відхилення, що становить 23% від середнього значення. Та разом з тим, більша кількість пацієнтів поставили високі бали – від 8 до 10.

Доступність ліків. Сюди входить наявність основних лікарських засобів, вартість ліків та якість ліків. Думка пацієнтів щодо доступності ліків також не є однозначною, що підтверджується значенням середньоквадратичного відхилення 24%. При цьому більша кількість опитуваних поставили високі бали – від 7 до 10.

Швидкість реагування на ваші скарги щодо погіршення стану здоров'я. Своєчасність має вирішальне значення в охороні здоров'я, і затримки в реагуванні можуть призвести до погіршення результатів лікування. Недостатня кількість персоналу, обмежені ресурси та неефективні канали зв'язку можуть сприяти повільному реагуванню. Більшою мірою думка опитуваних є однозначною, і вона засвідчує про те, що пацієнти задоволені швидкістю реагування на скарги, що підтверджує показник середньоквадратичного відхилення на рівні 72%. Абсолютна більшість людей поставили високі бали - від 9 до 10. Також значна частина опитуваних поставили 8 балів.

Етапи профілактичних заходів. Профілактика завжди краща за лікування, і лікарні повинні надавати пацієнтам доступ до профілактичних заходів. Однак профілактичні заходи часто не інтегровані в систему охорони здоров'я належним чином, а пацієнти можуть бути не поінформовані або не мати можливості

вживати превентивних заходів. Думка опитуваних щодо етапності профілактики є неоднозначною. Показник середньоквадратичного відхилення становить 41%. Більшою мірою опитувані поставили оцінку етапності профілактичних заходів на рівні 5-7, що говорить про середній рівень ефективності первинної медицини.

Безперервність та поетапність медичної допомоги. Безперервність медичної допомоги стосується координації медичних послуг між різними постачальниками та закладами охорони здоров'я, тоді як поетапність медичної допомоги стосується часу проведення медичних втручань. Безперервність та поетапність медичної допомоги є важливими для досягнення оптимальних результатів у сфері охорони здоров'я, але їх може бути складно досягти через порушення комунікації та фрагментарність систем охорони здоров'я. Думка опитуваних щодо даного показника якості медичних послуг не є однозначною. Середньоквадратичне відхилення становить 43%. Однак більшість опитаних вважає, що якість даної послуги є середньою, а тому оцінює її від 6 до 9 балів.

Матеріально-технічне забезпечення надання медичної допомоги. Надання якісної медичної допомоги вимагає належної інфраструктури, обладнання та витратних матеріалів. Недостатнє фінансування та брак ресурсів можуть перешкоджати наданню якісної медичної допомоги. Це є одна із найбільш гострих проблем медицини, коли більшість респондентів поставили оцінку від 2 до 4. Показник середньоквадратичного відхилення - на рівні 53%, що засвідчує деяку однозначність відповідей.

Доступність медичної допомоги. Доступ до медичної допомоги має важливе значення для покращення стану здоров'я. Більшість респондентів поставили оцінку від 6 до 8, а також 10. При цьому показник не є однозначним, оскільки середньоквадратичне відхилення на рівні 36%.

Спілкування з лікарем. Ефективна комунікація між медичними працівниками та пацієнтами має важливе значення для точної діагностики, лікування та подальшого догляду. Однак порушення комунікації є поширеним

явищем і може призвести до непорозумінь, запізненого діагностування та невідповідного лікування. Респонденти зауважили високий комунікативний рівень з лікарями, а тому відповіді однозначні (66%), а середній бал коливається в розрізі від 7 до 10.

Ефективність отриманої медичної допомоги. Ефективність отриманої медичної допомоги - це те, що в кінцевому підсумку має значення для пацієнтів. Ефективність медичних методів лікування може сильно відрізнятися і пацієнти не завжди можуть отримати найкращу допомогу через обмеженість ресурсів. Показник має найбільш виражену неоднозначність, оскільки значна частина поставила оцінку 4, а інша значна частина - від 7 до 9. Показник середньоквадратичного відхилення на рівні 47%.

Питання наступності та етапності медичної допомоги дублює та об'єднує 4 та 5 запитання, і в такому викладенні отримує більшу перевагу за рівнем задоволеності. Абсолютна більшість респондентів поставили оцінки від 7 до 10, а показник середньоквадратичного відхилення становить 61%.

Серед інших проблем, які виділені в рамках опитування варто виділити найбільш поширені проблеми: черги попри погодинний запис до лікаря; відхилення від графіку прийому; недоступність лікарів з високою кваліфікацією; неможливість виїзду на дім; невміння запису через Helse; відсутність можливості записуватись через Helse; проблеми позачергових консультацій між лікарями; проблеми розподілу пацієнтів із гострими формами захворювання, що стоять в одній черзі з здоровими; висока ціна лікування; наявність благодійних внесків з пацієнтів.

Дані відповіді були умовно поділені на: низький (1-4бали), середній (5-7) та високий рівень (8-10) задоволеності пацієнтів медичними послугами. Систематизація даних дозволила виділити сильні та слабкі сторони медицини.

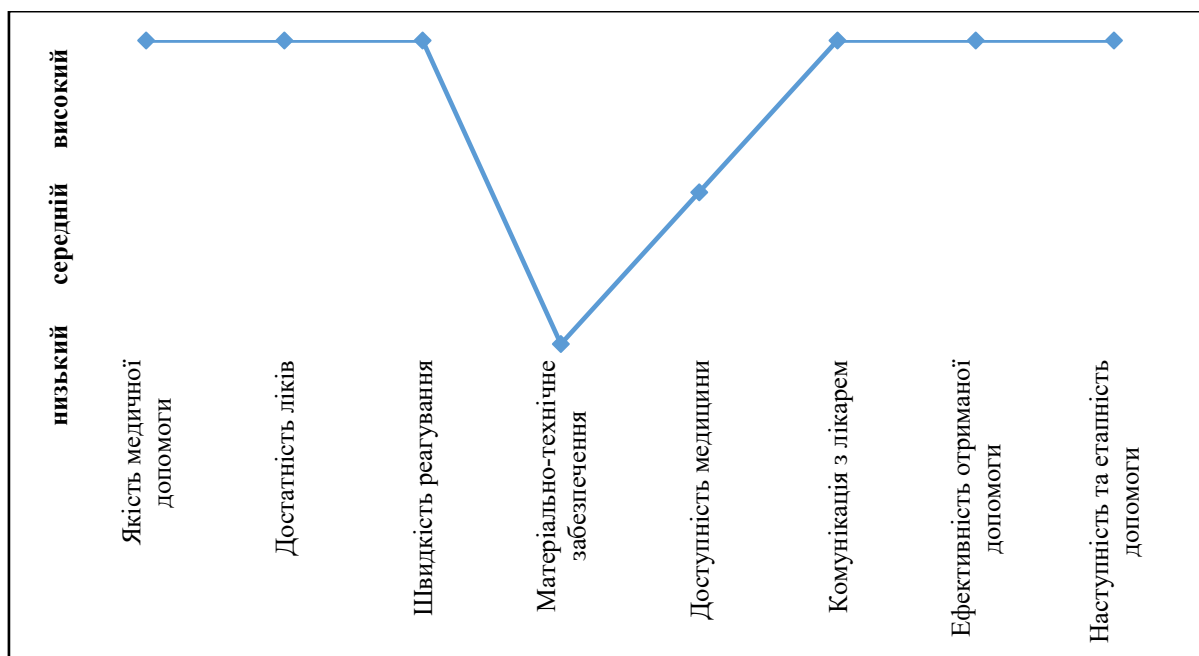


Рис.4.1. Рівень задоволеності пацієнтів лікуванням в закладах медицини

Джерело: розроблено автором за результатами власних досліджень

Найбільшою емпірично підтвердженою проблемою є матеріально-технічне забезпечення ЗОЗ. Недостатнє фінансування, застаріле обладнання та нерозвинена інфраструктура сприяли виникненню цієї проблеми. Для вирішення цих проблем необхідний комплексний підхід, який включає збільшення фінансування, вдосконалення процесів закупівель та ефективне використання наявних ресурсів. Вивчення досвіду інших країн може допомогти визначити найкращі практики, які Україна може перейняти для покращення матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ.

За результатами дослідження встановлено низький рівень задоволеності пацієнтів змінами, що відбулись в ході проведення реформи у ЗОЗ, нами сформовано перелік заходів для оптимізації роботи ЗОЗ в кризовому стані, який покладено в основу розробленої програми подолання кризи в ЗОЗ:

1. Збільшити фінансування охорони здоров'я, щоб дати можливість ЗОЗ інвестувати в більш сучасне обладнання та модернізувати свою інфраструктуру;

2. Упровадити управління запасами за принципом "точно вчасно", щоб запобігти дефіциту необхідних матеріалів;
3. Розвивати партнерство з компаніями-виробниками медичної техніки для виробництва високоякісного медичного обладнання та витратних матеріалів;
4. Розробити систему профілактичного обслуговування для виявлення та вирішення проблем з обладнанням до того, як вони стануть значними проблемами;
5. Використовувати телемедичні технології для покращення доступу до медичних послуг у сільській місцевості та віддалених районів;
6. Розвивати державно-приватне партнерство для збільшення інвестицій в інфраструктуру та технології охорони здоров'я.

Щоб вирішити проблему доступності послуг, потрібно вирішити проблему фінансування, яка є ключовою вже багато років.

Сфера охорони здоров'я переживає на собі дію трьох потужних чинників що спричиняють кризовий стан ЗОЗ – це реформа, пандемія та війна. Результати дії цих чинників нашаровуються і жоден з цих чинників не усунений, тобто його дія продовжується та посилюється надалі.

Розуміння наслідків дії вказаних чинників є критично важливим для розробки рішень, які можуть покращити якість наданих медичних послуг та підвищити ефективність діяльності ЗОЗ, які обрані базами дослідження. Результати проведеного опитування пацієнтів лікарень показало, що в умовах реформи (умовного першого чиннику появи кризи в ЗОЗ) найбільш гострою є проблема матеріально-технічного забезпечення та доступності лікування. З появою другого чинника пандемії – відбулось заглиблення кризи в ЗОЗ, про що свідчить фінансово-економічний, кадровий та матеріально технічний аналіз діяльності ЗОЗ. Проте найважчим чинником, який ввів в піковий стан кризи ЗОЗ стала війна: більше 600 лікарень пошкоджено, близько 150 знищено (станом на травень 2022р.). Станом на листопад 2023 року – вдалось повністю відновити 421

ЗОЗ та 413 закладів відновлено частково. Масштаби руйнувань інфраструктури ЗОЗ, знищення людського та інтелектуального потенціалу зростають далі.

Вирішення проблеми матеріально-технічного забезпечення та доступності ЗОЗ в Україні потребує комплексного підходу. Вивчаючи досвід інших країн, Україна може перейняти найкращі практики та впровадити успішні стратегії для покращення матеріально-технічного забезпечення своїх ЗОЗ: державно-приватної кооперації, розвиток приватних інвестицій у сферу здоров'я, удосконалення системи діагностування, розвитку медичного туризму тощо.

Результати власного дослідження дали змогу виділити також ризики кризового стану ЗОЗ та реагування на них в різних ситуаціях:

Ризик пандемії COVID-19 та реагування на пандемію. У зв'язку з триваючою пандемією COVID-19 ЗОЗ варто впроваджувати плани антикризового управління, щоб реагувати на підвищений попит на медичну допомогу та запобігати поширенню вірусу. Це включає такі заходи, як створення систем сортування пацієнтів, збільшення кількості ліжок у відділеннях інтенсивної терапії та впровадження протоколів інфекційного контролю. Як показують статистичні дані динаміка розгорнутих лікувальних місць в ЗОЗ змінюються пропорційно зміні рівню захворюваності на COVID-19.

Відображена на рис. 3.2 динаміка показує, що ЗОЗ вимушені реагувати на стрімке збільшення кількості хворих, а тому працюють не тільки над розгортанням додаткових місць, однак і збільшують кількість зайнятих людей. При цьому варто відмітити, що системі менеджменту легше організувати додаткові ліжка, що зображено плавною лінією рис. 4.2, однак залучити додатковий персонал складніше, що доказано кризою 2021р.

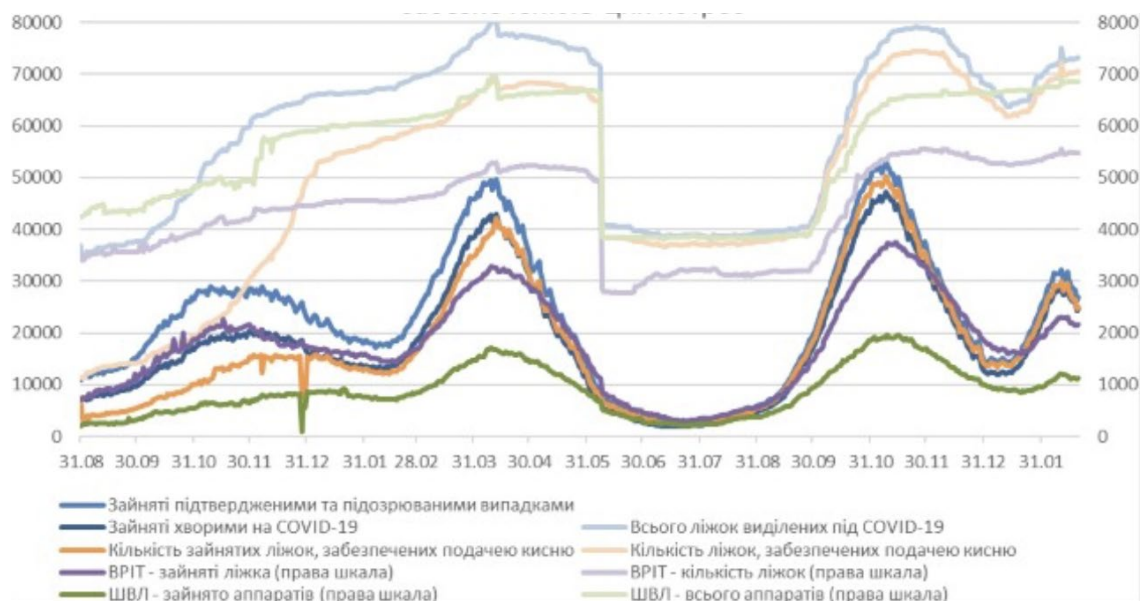


Рис.4.2 Готовність лікарень України до кризової ситуації внаслідок COVID-19 протягом 2022 року

Ризик не вакцинації. У випадках спалахів інфекційних захворювань вакцинація може відігравати вирішальну роль у контролі над поширенням хвороби та зменшенні її впливу на громаду. Система охорони здоров'я повинна мати план забезпечення доступу до вакцин для тих, хто їх потребує, в тому числі для груп підвищеного ризику тяжких захворювань. Зібрані статистичні дані внаслідок кризи пандемії COVID-19 показала, наскільки важливою є саме вакцинація в період загострення вірусних захворювань (рис.3.3)

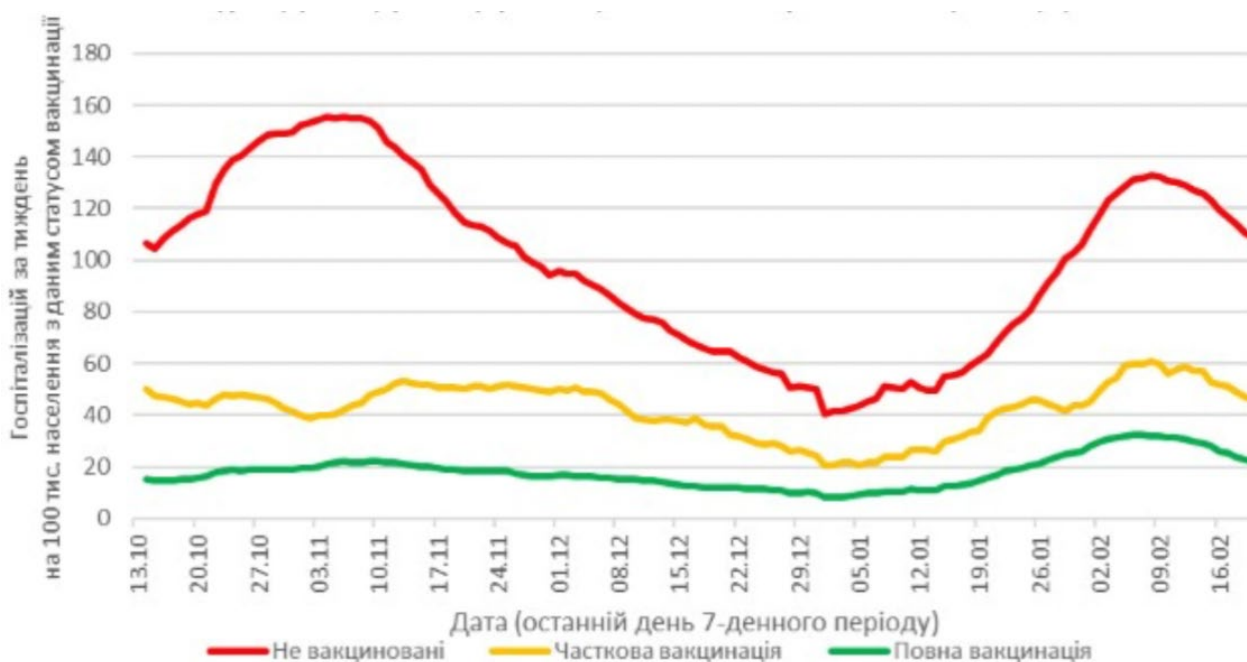


Рис.4.3. Зміна рівня госпіталізації через COVID-19 в залежності від рівня вакцинації населення в Україні протягом 2021-2022 рр.

На рис.4.3 зображено кількість захворювань та відповідно госпіталізації вакцинованих та не вакцинованих людей. Загальна вакцинація дозволила суттєво знизити рівень наповнення лікарень, що підтверджує ефективність такого підходу.

Ризик стихійного лиха та реагування на нього. ЗОЗ розташовані в районах, схильних до стихійних лих, таких як урагани, землетруси або лісові пожежі, повинні мати плани кризового управління, щоб забезпечити безперервність надання медичної допомоги під час і після цих подій. Це має передбачати наявність резервних джерел живлення, процедури евакуації та доступ до запасів на випадок надзвичайних ситуацій.

Ризик надзвичайних ситуацій медичного характеру. ЗОЗ також повинні бути готові реагувати на надзвичайні ситуації медичного характеру, такі як зупинка серця, інсульту та передозування. Плани антикризового управління в цій сфері зазвичай передбачають наявність добре скоординованої команди

реагування, доступ до обладнання для надання невідкладної допомоги та чітких протоколів надання життєво-необхідної медичної допомоги. Проте тут, додатковим чинником, який може послабити плани антикризового управління при даному ризику - є фінансово-економічне та ресурсне забезпечення ЗОЗ.

Ризик війна створює серйозні проблеми для ЗОЗ. Під час військових дій ЗОЗ пошкоджені або зруйновані, а надання медичної допомоги може бути неможливим. У таких ситуаціях антикризове управління у ЗОЗ включає переміщення ЗОЗ у безпечніші райони, забезпечення безпеки медичного персоналу та пацієнтів, а також збереження доступу до основних медичних матеріалів та обладнання. Крім того, ЗОЗ може знадобитися лікування великої кількості поранених військових і цивільних осіб, а також боротьба з поширенням інфекційних захворювань у переповнених таборах внутрішньо переміщених осіб та в зонах окупації.

Ризик не планування готовності. Система охорони здоров'я повинна мати план готовності до реагування на раптове зростання захворюваності, наприклад, спалахи інфекційних захворювань. Цей план повинен регулярно переглядатися та оновлюватися, щоб забезпечити його ефективність та актуальність.

Діяльність ЗОЗ може суттєво змінитися внаслідок війни, як ми бачимо. Пропонуємо додаткові заходи, які ЗОЗ використовують в кризових ситуаціях внаслідок війни: переміщення ЗОЗ в безпечніші райони, щоб уникнути пошкоджень або руйнувань під час війни. Проте це має значні наслідки для надання медичної допомоги та здатності медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів; питання безпеки медичного персоналу та пацієнтів є важливою проблемою під час війни, особливо в районах, де ведуться інтенсивні бойові дії. Варто забезпечити навчання медичного персоналу процедурам безпеки; порушення ланцюгів постачання основних медичних засобів та обладнання, особливо в районах, де транспортні мережі та інфраструктура пошкоджені. Це вимагає розроблення альтернативних каналів поставок щоб

забезпечити надання пацієнтам необхідної допомоги; підвищений попит на медичну допомогу у зв'язку з великою кількістю поранених військових і цивільних осіб. Варто адаптувати медичні послуги і штатний розклад, щоб задовольнити цей підвищений попит, у тому числі надавати медичну допомогу в польових госпіталях або інших тимчасових установах; психологічна підтримка військовим та цивільному населенню, які зазнали значних травм, зокрема, насильства, втратити членів сім'ї та домівки; робота в умовах обмеженого енергопостачання створює значні проблеми для ЗОЗ, тому ЗОЗ повинні бути забезпеченими альтернативними засобами енергопостачання.

Внаслідок цих та інших факторів система реагування на кризові ситуації в ЗОЗах може потребувати змін, щоб відповідати унікальним викликам, пов'язаних з війною. Це може передбачати нові підходи до надання медичної допомоги, нові партнерства та співпрацю, а також нові стратегії забезпечення безпеки медичного персоналу та пацієнтів. При цьому важливо здійснювати і внутрішні організаційні заходи, що допоможуть зменшити негативний вплив зовнішніх чинників.

Реагування на ризик не планування готовності - сортування та визначення пріоритетів. У випадках високого попиту виникає потреба у визначенні пріоритетності надання допомоги пацієнтам на основі їхніх медичних потреб. Це може передбачати створення систем сортування і протоколів, які гарантуватимуть, що пацієнти з найбільш нагальними медичними потребами отримають допомогу в першу чергу. Зокрема сьогодні, в умовах війни, а також в довоєнний час під час пандемії було введено в практику зупинку планових ургентних заходів на користь надання оперативної допомоги постраждалим від covid-19 та війни. Також як реагування на вказаний ризик повинна забезпечуватися ефективна комунікація та співпраця між постачальниками медичних послуг, органами охорони здоров'я та місцевими громадами може

допомогти забезпечити отримання пацієнтами необхідної допомоги, а системі охорони здоров'я - ефективно реагувати на зростання захворюваності.

Ризик «інциденту» з кібербезпекою. ЗОЗ вразливі до кібератак, які призводять до втрати або крадіжки конфіденційної інформації про пацієнтів або зупинити адміністрування послуг. Плани антикризового управління при такому ризику передбачають регулярний аудит безпеки, процедури резервного копіювання даних, системи оповіщень, аварійного відновлення, а також навчання працівників роботи без зв'язку. Такі ситуації потребують добре скоординованого і відпрацьованого плану реагування, а також доступ до ресурсів, таких як аварійні запаси і персонал, які допоможуть вирішити проблему. За результатами власного дослідження було встановлено, що захворюваність населення територіальної громади є важливим показником стану здоров'я населення і має безпосередній вплив на спроможність ЗОЗ забезпечувати ефективне кризове управління.

Одним із ключових шляхів впливу рівня захворюваності територіальної громади на антикризове управління ЗОЗ є визначення попиту на медичну допомогу. Зі зростанням рівня захворюваності чи травмування зростає і попит на медичну допомогу, що створює значний тиск на ЗОЗ щодо надання ефективної та якісної медичної допомоги. В залежності від природи захворювання або зростання числа постраждалих розробляється відповідна програма подолання кризи ЗОЗ, що має враховувати вирішення проблем обслуговування ЗОЗ. Ключовим завданням такої програми є оптимізація матеріальних та трудових ресурсів, а також посилена комунікація з громадою для того, щоб отримувати додаткові ресурси для фінансування медичної допомоги.

4.2. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я в умовах реформи

За результатами власного дослідження за визначеними базами дослідження, ризики виникнення кризи ЗОЗ в умовах реформи ми класифікували таким чином:

Внутрішні: фінансові (ризики нестачі фінансових ресурсів); кадрові (зростає потреба у вузькоспеціалізованих фахівцях, яких на ринку недостатня кількість, також відсутність компетентних працівників на ринку праці, кваліфікованих кадрів); організаційні; техніко-технологічні (допоміжні репродуктивні технології, складні хірургічні операції, терапія онкозахворювань потребують інновацій, нового обладнання, уміння персоналу проводити такі високотехнологічні маніпуляції).

Зовнішні (міграція кваліфікованого персоналу, правове середовище, фінансування державою, низький рівень розвитку приватного медичного страхування тощо); інституційні.

Проблема кадрових ризиків у антикризовому управлінні ЗОЗ я надзвичайно актуальна у зв'язку з безпосереднім впливом на якість надання цієї допомоги. Кадрові ризики обумовлюють медичні помилки, причиною виникнення яких є дії (бездіяльність) медичних працівників, які мають недостатню кваліфікацію або нездатність використувати наявні знання.

Розглядаючи стаж роботи як один із професійних кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги, встановлено, що найбільшим ризиком є стаж роботи лікарів та медичних сестер 0–6 років і особливо перший рік професійної діяльності, тобто період адаптації, первинної й вторинної професіоналізації. Вказане обумовлено відсутністю в цей період у медичних працівників належного професіоналізму та досвіду. В цілому респонденти вважають найбільш ризикованим для якості надання медичної допомоги вік лікарів і медичних сестер від 55 років. Проте значна частина респондентів вважає, що негативний вплив на якість надання медичної допомоги може мати у медичних сестер вік до 25 років, у лікарів – до 30 років.

Досліджено та проаналізовано ризики перетворення баз дослідження з комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство та подано в таблиці 4.3..

Таблиця 4.3

Ризики перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство

Показник	Бал
Відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства	9,8
Відсутність досвіду ведення кадрової політики в умовах підприємства	9,1
Фінансові ризики, в тому числі пов'язані з податками	9,6
Ризики, пов'язані з конкурсом на отримання замовлення, конкурентнонездатність	9,3
Зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади	9,9
Скорочення медичного персоналу	8,5

Джерело: сформовано автором за результатами дослідження.

За результатами дослідження, ризики автономізації варто класифікувати залежно від реформ відповідно впровадженню нової моделі системи охорони здоров'я.

Таблиця 4.4

Заходи в межах реформ відповідно впровадженню нової моделі системи охорони здоров'я та ризики

Захід	Основні ризики
«Мінімальний медичний набір», який гарантує пацієнту держава. Провідна роль сімейним лікарям та первинній медицині	ЗОЗ на місцевому, обласному та центральному рівнях дублюють функції, що в підсумку призводить до надання некваліфікованих медичних послуг. Сімейні лікарі не мають вузькоспеціалізованих навиків, тому можуть стати де-факто сполучною ланкою, яка не консулює з приводу захворювань, а лише дає направлення до лікаря з відповідною кваліфікацією. Тому виникає ризик великої кількості сімейних лікарів, які фактично не забезпечуватимуть надання медичних послуг, виступаючи «консультантами».
Пацієнт самостійно обирає собі лікаря: гроші «йдуть» за пацієнтом	Пацієнти не мають інформацію про кваліфікованих сімейних лікарів. Крім того, їх кваліфікацію через широко профільність важко оцінити. Тому керівництво ЗОЗ повинне забезпечити періодичне підвищення кваліфікації аби уникнути ризиків оплати праці некваліфікованого

		персоналу через велику кількість підписаних декларацій з сімейним лікарем.
Створення Національної здоров'я України	єдиної служби	Одноосібність прийняття конкретних рішень у питаннях щодо розподілу коштів ЗОЗ, вибору моделі закупівель, укладання договорів тощо.
«Децентралізація» охорони здоров'я	закладів	ЗОЗ самостійно планують свій бюджет, недостатня компетентність управлінського персоналу зумовлює неефективність використання ресурсів. Об'єднані територіальні громади не виконують фактично функцій контролера за якістю медичних послуг.
Заробітна нараховується відповідно до наданих послуг	плата	Є ліміт підписання декларацій з кожним лікарем. Тому виникає ризик отримання частиною населення неякісних медичних послуг тими лікарями, які мають нижчу кваліфікацію. Тобто частка населення з низьким рівнем обслуговування існуватиме.

Джерело: сформовано автором за результатами дослідження.

З табл. 4.5. видно, що внутрішні ризики розділились на дві головні підгрупи: основні ризики та допоміжні. Основні ризики, виникають безпосередньо в процесі здійснення лікувальної, діагностичної чи профілактичної роботи. Ще однією особливістю діяльності баз дослідження є те, що такі ризики виникають та реалізуються як по відношенню до пацієнтів, так і по відношенню до медичного персоналу ЗОЗ та його ресурсного забезпечення. Допоміжні ризики виникають в процесах, які є обслуговуваними щодо основної діяльності ЗОЗ. Відповідно, до них ми віднесли: системні ризики, управлінські, організаційні, кадрові, матеріально-технічні, інформаційні та репутаційні ризики.

Таблиця 4.5.

Категорії внутрішніх ризиків діяльності баз дослідження

ОСНОВНІ РИЗИКИ	РИЗИКИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА			
	Некоректні діагностичні заходи	Невірно поставлений діагноз	Ризики хірургічного втручання	
	Ризики від неправильно підібраних терапевтичних заходів			
	Ризики, пов'язані зі взаємодією різнопрофільних спеціалістів			
	Ризики, пов'язані з розвитком ускладнень після хірургічного втручання			
	Ризики, пов'язані з розвитком ускладнень після проведеного лікування			
	Ризики, пов'язані з перебуванням пацієнта на стаціонарному лікуванні			
	РИЗИКИ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ			
	Ризики, пов'язані з лікуванням важкохворих та психічнохворих пацієнтів			
	Ризики інфікування різними захворюваннями	Ризики при роботі з медичним обладнанням		
	Конфліктні ситуації з пацієнтами, їх родичами чи доглядачами			
	Відповідальна робота та напружена емоційна ситуація			
	ВНУТРІШНІ РИЗИКИ	СИСТЕМНІ РИЗИКИ		
		Невиконання стратегічних цілей з якості медичної допомоги		
		Невідповідність діагностичних заходів відповідним стандартам		
Невідповідність лікування існуючому протоколу та відповідним стандартам				
Низька ефективність медичних послуг		Зменшення рівня доступності медичних послуг		
Низька результативність лікування пацієнтів				
УПРАВЛІНСЬКІ РИЗИКИ				
Закриття чи зміна профілю закладу охорони здоров'я		Ризики, пов'язані з некомпетентністю керівництва		
Ризики, пов'язані з прийняттям управлінських рішень				
ОРГАНІЗАЦІЙНІ РИЗИКИ				
Ризики, пов'язані з порушенням етичних норм				
Недотримання санітарних норм		Низька корпоративна культура		
Недотримання правил техніки безпеки		Низька мотивація медичного персоналу		
Невідповідність протоколів лікування загальноприйнятим стандартам				
КАДРОВІ РИЗИКИ				
Висока плінність медичних кадрів		Захворюваність медичного персоналу		
Нестача середнього медичного персоналу		Невдоволеність персоналу умовами роботи		
Низька професійна підготовка медичних працівників				
Недостатнє фінансове стимулювання працівників		Низька активність перепідготовки медичних кадрів		
МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНІ РИЗИКИ				
Недостатнє матеріально-технічне забезпечення закладу				
Ризики, пов'язані із втратою чи пошкодженням обладнання				
Часткова застарілість технологій		Відсутність ремонту будівель закладу		
ІНФОРМАЦІЙНІ РИЗИКИ				
Неналагоджений внутрішній документообіг				
Ризики, пов'язані із порушенням лікарської таємниці				

Джерело: сформовано автором за результатами дослідження.

До зовнішніх ризиків ми віднесли ризики, які пов'язані з правовим полем функціонування баз дослідження – правові ризики, ризики, що виникають в силу соціально-економічної та демографічної ситуації в державі, подано в таблиці 4.6. Визначена автором класифікація внутрішніх та зовнішніх ризиків є деталізованою, однак, водночас є умовною, оскільки, інший ЗОЗ може мати більшу чи меншу кількість ризиків, різний рівень їх впливу чи контрольованості. Це залежить від системи менеджменту ЗОЗ і безпосередньо від моделі антикризового управління ЗОЗ, обраної ЗОЗ, якщо в закладі взагалі така модель є.

Таблиця 4.6.

Категорії зовнішніх ризиків діяльності баз дослідження

ВНУТРІШНІ РИЗИКИ	ДОПОМІЖНІ РИЗИКИ	РИЗИКИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА	
		Ризики, пов'язані з витоком конфіденційної інформації	
		Ризики, пов'язані з розголошенням персональних даних пацієнтів	
		Неорганізований зворотній зв'язок з пацієнтом	
		Низький рівень інформаційно-комунікативного забезпечення закладу	
		РЕПУТАЦІЙНІ РИЗИКИ	
		Низька ефективність лікувальних, діагностичних чи профілактичних заходів	Зменшення рівня якості наданих медичних послуг
		Зростання незадоволеності пацієнтів, їх родичів чи доглядачів у наданих медичних послугах, у результаті лікування	
		Закриття закладу чи зміна його профілю	
		ЗОВНІШНІ РИЗИКИ	ПРАВОВІ РИЗИКИ
Ризики, пов'язані із внесенням змін до законодавчої бази			
Ризики, пов'язані із зміною стандартів медичної діяльності			
Ризики, пов'язані із нормативно-правовим регулюванням діяльності закладів охорони здоров'я			
Недосконалість вітчизняного законодавства в галузі охорони здоров'я			
СОЦІАЛЬНІ РИЗИКИ			
Зменшення чисельності населення країни			
Зміна вікової структури населення			
Погіршення показників здоров'я населення	Ризики, пов'язані із соціальною нестабільністю в країні		
Низька соціальна відповідальність населення	Ризики, пов'язані із низьким рівнем доходів населення		
Висока соціальна напруженість населення	Ризики, пов'язані із погіршенням умов життя		
Низька соціальна захищеність населення			
ФІНАНСОВІ РИЗИКИ			
Ризики, пов'язані з фінансовою нестабільністю в країні			
Ризики, пов'язані зі зміною умов державної цільової допомоги			
Ризики, пов'язані зі зміною умов надання міжнародної грантової підтримки			
Ризики, пов'язані із залежністю від місцевого бюджету			

Джерело: розроблено автором на основі власного дослідження.

Наявні перешкоди під час запровадження технології «гроші ходять за пацієнтом» як системи на первинному рівні медичного обслуговування за змістом розподіляються на зовнішні та внутрішні. До зовнішніх ми віднесли такі: низький рівень фінансування виділеного на порятунок та збереження здоров'я населення України бюджетних коштів у 2,8% від ВВП у 2020 році; бюджет держави на медицину формується за принципом «з повітря»; можливість відміни наявної медичної субвенції місцевим бюджетам з коштів державного бюджету; маніфестований на рівні МОЗ України, гарантований державою для населення, обсяг медичної допомоги на первинному рівні в 370 грн., що є недостатнім для забезпечення як мінімального обсягу, так і мінімальної якості медичної допомоги (на початок реформування – автономізації); непередбаченість страхового покриття на суму виплати (370 грн.) на одного пацієнта на первинній ланці

медичної допомоги; відсутність єдиної узагальненої калькуляції по розрахунку гарантованих медичних послуг; нехтування зобов'язаннями для пацієнтів брати співучасть в оплаті МП за рахунок власних коштів; необґрунтований перехід у процесі надання медичних послуг на міжнародні клінічні настанови, медичні стандарти та клінічні протоколи без адаптації їх до ресурсної бази практичної охорони здоров'я.

До внутрішніх віднесли:

1. Високий рівень корупції і безконтрольність та безкарність з боку чинної виконавчої та законодавчої влади всіх рівнів до значної частини медичної громадськості.

2. Наявні поодинокі закупівлі будь-якого устаткування чи поточні ремонти приміщень за бюджетні кошти чи гроші «добрих людей» на місцях, що не сприяє реформі.

3. Наявність у ЗОЗ районних, міських та обласних центрів України із числа пенсіонерів головних лікарів, їх заступників, завідувачів структурних підрозділів, лікарів (майже 40%), а також лікарів, котрі працюють не на повну ставку (неповна зайнятість), особливо в містах.

4. Вочевидь, потребує більш детального регулювання механізм надання лікарських засобів, які пацієнт може отримати в надавача (закладу) за програмою медичних гарантій. Є великий корупційний ризик, що лікарські засоби, які надаватимуться за такою процедурою (реімбурсацією), будуть лобіюватися великими фармакологічними компаніями.

Отже, з метою усунення цих ризиків виникає необхідність розробити захисні правові механізми, що сприятимуть врегулюванню відносин у цьому напрямі.

4.3. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я під час пандемії Covid-19 та війни

Невід'ємне та непорушне право кожного громадянина на охорону здоров'я, якісну медичну допомогу та медичне страхування гарантується основним законом держави - Конституцією України.

У березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила, що стрімке поширення нової коронавірусної інфекції (COVID-19) набуло характеру пандемії та стало загальносвітовою проблемою. Ця проблема торкнулася всіх країн, у тому числі й України. Вже в березні були зареєстровані перші випадки захворювання COVID-19 серед українських громадян. [85]

Зі збільшенням кількості хворих на коронавірус зросла потреба у мережі, потужностях та інших ресурсах медичних організацій, здатних надавати медичну допомогу в стаціонарних умовах пацієнтам із COVID-19. Ця проблема стала прямим викликом для системи охорони здоров'я, оскільки вимагала екстреної мобілізації, яка полягає в перепрофілюванні в стислий термін діючих стаціонарів на інфекційні або так звані «ковідні госпіталі». Перепрофілювання торкнулося ЗОЗ, визначених Розпорядженням керівника робіт з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня, пов'язаної з поширенням COVID-19.

Згідно з Розпорядженням, повному перепрофілюванню підлягають багатопрофільні лікарні, в яких відсоток завантаженості ліжок, забезпечених подачею медичного кисню на території області перевищує 65%, а також ЗОЗ, які знаходяться в областях з «червоним» рівнем епідеміологічної небезпеки із заповненістю ліжок пацієнтами з коронавірусною хворобою понад 50%. Неготовність перепрофільованих ЗОЗ до несподіваного збільшення випадків інфікування ковідом призвело до виникнення кризи, зумовленої зовнішніми та внутрішніми чинниками.

За результатами власних досліджень за базами досліджень визначено зовнішні та внутрішні чинники кризового стану баз дослідження в умовах поширення пандемії Covid-19 та наведені в табл. 4.7

Таблиця 4.7.

Зовнішні та внутрішні чинники виникнення кризового стану баз дослідження
під час пандемії Covid-19

Чинники виникнення кризи ЗОЗ	
Зовнішні чинники	Внутрішні чинники
<p>Економіко-політичні, що впливають на на розподіл ресурсів у сфері охорони здоров'я населення;</p> <p>Правові, що включають політику загалом та конкретні програми у сфері охорони здоров'я, нормативно-правову базу;</p> <p>Технологічні, що включають останні досягнення та інновації у наданні медичних послуг, виробництві діагностичного обладнання, лікарському забезпеченні тощо;</p> <p>Фінансові, які включають рівень бюджетного фінансування баз дослідження;</p> <p>Соціальні, які включають нові вимоги до способу життя, турботи про здоров'я, харчування, культуру поведінки</p>	<p>Організаційні, які включають застосування моделі антикризового управління роботи баз дослідження, формування власних надходжень та розподіл фінансових ресурсів, що надходять із бюджетних та позабюджетних джерел, контроль з боку керівництва за їх використанням тощо;</p> <p>Інформаційні, які включають наявність інформаційної бази про обсяги фінансування баз дослідження за рахунок усіх можливих джерел фінансування, наявність інформаційної бази про категорії громадян, які потребують певних видів медичної допомоги, ступінь автоматизації та швидкості обміну інформацією всередині закладу охорони здоров'я;</p> <p>Кадрові, які включають рівень кваліфікації керівників та медичного персоналу, їх здібностей, досвіду, мотивації та відданості а також навички оперативно реагувати.</p>

Джерело: сформовано автором за результатами власних досліджень

Зовнішні та внутрішні чинники виникнення кризового стану баз дослідження взаємопов'язані. Зміна одного чинника може зумовлювати зміну інших. Проаналізуємо зовнішні чинники виникнення кризового стану баз дослідження під час Covid-19, негативний вплив яких проявився вже на початку пандемії.

Таблиця 4.8

Дані зі звіту про доходи і втрати надавачів медичних послуг (окремі показники) баз дослідження 2020-2023рр.

2020 рік

Надавач послуг	Початок звітної періоду, тис. грн	Кінець звітної періоду, тис. грн
<input type="checkbox"/> 02006113, КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ		
<input type="checkbox"/> Необоротні активи	238 191.6	456 055.4
<input type="checkbox"/> Оборотні активи	77 928.3	81 027.3
<input type="checkbox"/> Усього активи	330 696.2	555 578.2
<input type="checkbox"/> Власний капітал	248 313.2	461 431.5
<input type="checkbox"/> Довгострокові зобов'язання та забезпечення	34 877.0	40 576.1
<input type="checkbox"/> Поточні зобов'язання та забезпечення	47 506.0	53 570.6
<input type="checkbox"/> Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, у тому числі утримуваними для продажу та групами вибуття	0.0	0.0
<input type="checkbox"/> Усього пасиви	330 696.2	555 578.2

2021 рік

<input type="checkbox"/> 02006113, КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ		
<input type="checkbox"/> Необоротні активи	478 106.5	481 908.2
<input type="checkbox"/> Оборотні активи	78 204.3	194 445.6
<input type="checkbox"/> Усього активи	585 570.1	709 739.1
<input type="checkbox"/> Власний капітал	464 812.7	531 708.0
<input type="checkbox"/> Довгострокові зобов'язання та забезпечення	43 676.9	65 668.0
<input type="checkbox"/> Поточні зобов'язання та забезпечення	77 080.4	112 363.1
<input type="checkbox"/> Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, у тому числі утримуваними для продажу та групами вибуття	0.0	0.0
<input type="checkbox"/> Усього пасиви	585 570.0	709 739.1

2022 рік

<input type="checkbox"/> 02006113, КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ		
<input type="checkbox"/> Необоротні активи	530 802.7	550 237.9
<input type="checkbox"/> Оборотні активи	120 951.4	215 322.3
<input type="checkbox"/> Усього активи	669 680.7	784 081.3
<input type="checkbox"/> Власний капітал	499 884.6	568 770.7
<input type="checkbox"/> Довгострокові зобов'язання та забезпечення	69 506.1	106 505.1
<input type="checkbox"/> Поточні зобов'язання та забезпечення	100 290.0	108 805.5
<input type="checkbox"/> Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, у тому числі утримуваними для продажу та групами вибуття	0.0	0.0
<input type="checkbox"/> Усього пасиви	669 680.7	784 081.3

2023 рік

<input type="checkbox"/> 02006113, КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ		
<input type="checkbox"/> Необоротні активи	550 237.9	587 762.9
<input type="checkbox"/> Оборотні активи	215 322.3	175 951.0
<input type="checkbox"/> Усього активи	784 081.3	766 237.6
<input type="checkbox"/> Власний капітал	568 770.7	546 106.6
<input type="checkbox"/> Довгострокові зобов'язання та забезпечення	106 505.1	92 468.8
<input type="checkbox"/> Поточні зобов'язання та забезпечення	108 805.5	127 662.2
<input type="checkbox"/> Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, у тому числі утримуваними для продажу та групами вибуття	0.0	0.0
<input type="checkbox"/> Усього пасиви	784 081.3	766 237.6

Джерело: сформовано автором за результатами власних досліджень

Динаміка зі звіту про доходи і втрати надавачів медичних послуг (окремі показники) баз дослідження 2020-2023рр.

Надавач послуг	К-сть надавачів /валдація	К-сть працівників загалом , осіб	К-сть працівників , керівники	К-сть працівників структурних підрозділів	К-сть працівників лікарі	К-сть працівників, середній медичний персонал	К-сть працівників, молодший медичний персонал	К-сть працівників, інші працівники	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, загалом	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, керівники	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, структурних підрозділів	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, лікарі	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, середній медичний персонал	Середньомісячна ЗП одного штатного працівника, молодший медичний персонал
04593391, КНП "ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР №2" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ (КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)	так	58	1	1	16	15	8	17	11 562,1 ₴	30 399,0 ₴	16 730,3 ₴	13 039,3 ₴	12 400,6 ₴	9 101,7 ₴
Загалом	1	58	1	1	16	15	8	17	11 562,1 ₴	30 399,0 ₴	16 730,3 ₴	13 039,3 ₴	12 400,6 ₴	9 101,7 ₴

Джерело: сформовано автором за результатами власних досліджень

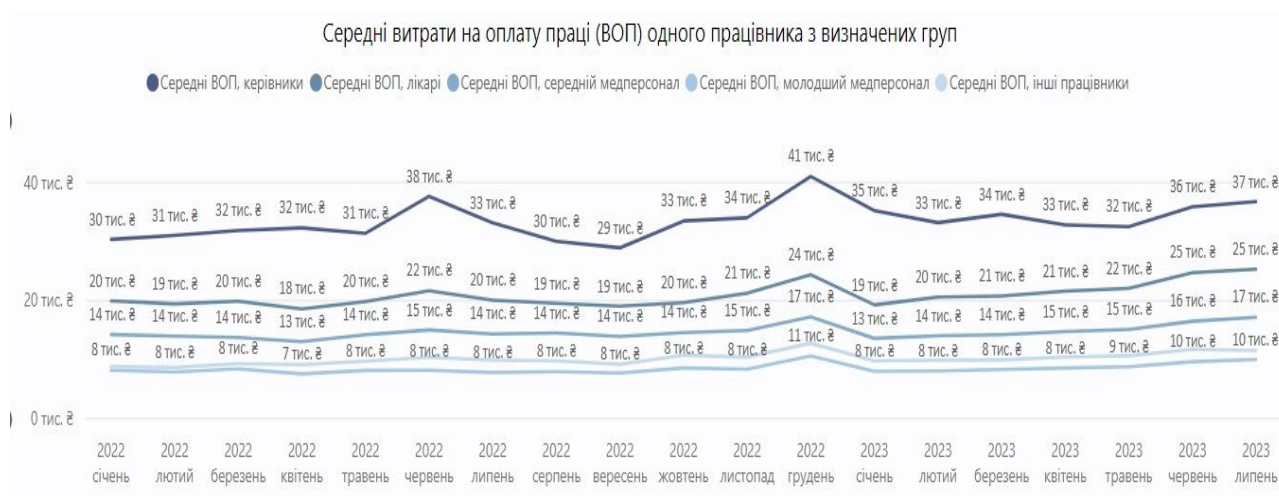
Бази дослідження, перепрофільовані для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, виявилися не готовими до різкого збільшення навантаження. Така ситуація була спричинена негативним впливом економіко-політичних, правових, фінансових, технологічних та соціальних чинників. Нашарування чинників також посилює негативні тенденції, недофінансування медичної галузі багато в чому зумовлене другим етапом медичної реформи, який розпочався 1 квітня 2020 року. Ідея «гроші ходять за пацієнтом» в умовах поширення пандемії коронавірусу спрацювала на негатив. В зв'язку з відкладенням лікування неургентних хворих кількість пацієнтів баз дослідження значно скоротилася. Відповідно, вони недоотримали кошти, які повинні були «прийти» за пацієнтами. Нова система фінансування охорони здоров'я, яка передбачала отримання коштів безпосередньо лікарнею, виявилася неефективною. В результаті, у 2020 році на базах дослідження за укладеними договорами із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), спостерігався дефіцит фінансування.

Лікарі, яким за роботу з хворими на COVID-19 декларували надбавки 300% - отримували чисті оклади. Коштів, виділених з державного бюджету, було недостатньо для запланованої доплати. В результаті, заробітна плата залишилася

на рівні докоронавірусного періоду, що підтверджується результатами власного дослідження фінансово-економічної діяльності баз дослідження.

Рисунок 4.1.

Середні витрати на оплату праці (ВОП) в КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР одного працівника з визначених груп 2022-2023рр.



Джерело: сформовано автором за результатами власних досліджень

Рисунок 4.2.

Середні витрати на оплату праці (ВОП) в КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва у складі ТМО одного працівника з визначених груп 2022-2023рр.



Джерело: сформовано автором за результатами власних досліджень

Недофінансування вплинуло на забезпечення баз дослідження засобами захисту, ліками та обладнанням. Особливо критична ситуація склалася із забезпеченням кисневими станціями.

Аналізуючи чинники виникнення кризового стану баз дослідження, варто відзначити недостатнє охоплення населення вакцинацією. Виникнення кризового стану за базами дослідження зумовлене не лише економіко-політичною ситуацією в країні чи недофінансованістю медичної галузі. З початку пандемії навантаження на ЗОЗ зростає й через безвідповідальне відношення громадян до свого здоров'я, нехтування правил особистої гігієни, недотримання рекомендацій лікарів та карантинних заборон. Підсумовуючи результати власного дослідження, виділено внутрішні чинники виникнення кризового стану баз дослідження під час пандемії Covid-19, до яких віднесено: відсутність достатньої кількості кваліфікованих медичних кадрів; втома, фізичне та емоційне виснаження медиків; постійна небезпека для життя та здоров'я медичного персоналу, пов'язана із зараженням Covid-19; складнощі з оптимізацією робочих процесів; відсутність єдиного ефективного інструменту для збору даних та швидке зростання кількості хворих на COVID-19; відсутність актуальних даних лікарень у відкритому доступі; відсутність інформаційних систем, які можуть забезпечити дистанційний скринінг пацієнтів та зменшити кількість особистих контактів.

В розпал пандемії ЗОЗ зіткнулися з проблемою масового звільнення лікарів, медсестер та молодшого медичного персоналу. Основною причиною звільнення став великий наплив хворих, виснаження, стрес, висока загроза зараження COVID-19 та низька заробітна плата. Це прослідковується з проведеного аналізу фінансово-економічної та кадрової складової ЗОЗ обраних базами дослідження. Найбільш складним завданням для керівництва ЗОЗ стало коригування обмежених матеріальних та технічних ресурсів.

COVID-19 загострив потребу в оптимізації робочих процесів. Зокрема, актуалізувалось питання впровадження штучного інтелекту на етапі моніторингу та тестування хворих. Оптимізувати робочі процеси належним чином неможливо й через відсутність єдиного інструменту для збору даних та зростання кількості хворих на коронавірус. В розпал пандемії виникла проблема госпіталізації критичних пацієнтів, яка зумовлена відсутністю актуальних даних лікарень у відкритому доступі. Також загострилось питання дистанційного супроводу пацієнтів, який потребує впровадження інформаційних систем для забезпечення автоматизації даного процесу.

Зовнішніми факторами є недостатнє фінансування медичної галузі, зменшення заробітних плат медиків, відсутність необхідного обладнання, недостатнє охоплення населення вакцинацією.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що причиною виникнення кризового стану за базами дослідження в період пандемії COVID-19 є сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, взаємозв'язаних між собою. Нівелювання негативного впливу цих чинників після початку нової хвилі COVID-19 та появою нового потужного чинника кризового стану – війна, стало вирішальним у поглибленні кризового стану баз дослідження.

4.4. Ризики виникнення кризового стану закладу охорони здоров'я з початком війни

З початком повномасштабного вторгнення росії в Україну та розпалу війни навантаження на бази дослідження зросло, крім того в перші місяці війни бази дослідження виконували не властиві для них функції надаючи населенню не лише медичну допомогу, а стали для них матеріально-технічною базою для укриття від повітряних загроз, можливістю зігрітись, зарядити гаджети, приготувати гарячу їжу для дітей, неповносправних громадян та осіб похилого віку.

На базі дослідження КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва з перших днів війни і до завершення 2021 року було розгорнуто штаб наданням допомоги населенню і не лише медичної. Лікарі, молодший медичний персонал і решту працівників диспансеру облаштували в підвальному приміщенні вимушене укриття де люди жили безперервно 4 місяці. Забезпечували осіб які перебували в укритті за ресурси диспансеру та власні ресурси питною водою, засобами гігієни та речами першої необхідності, надавали медичну допомогу та підтримували психо-емоційний стан. В цей період – початок 2021р. диспансер за дин тиждень скоротився з 41 особи (40,5 штатних одиниць) до 6 осіб (5.5 одиниць штатних посад). Фактично штатний розпис залишився без скорочень. Проте фактично працюючиз з 41 особи залишилось 6 осіб.

На базі дослідження КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР теж відбувся відтік людського потенціалу, однак на фоні більшої загальної чисельності зменшення на 50% фактично працюючих не так відчутно за звітними даними, проте досить гостро на практиці при збільшенні пацієнтопотоків. Окрім пацієнтів з хронічними захворюваннями, збільшилась частка травмованих війських та цивільного населення після окупації прилеглих до Чернігівської області територій та тавмованого цивільного населення.

Нормативно – правова база доповнилась переліком важливих і характерних лише для воєнного стану актів законодавства, зокрема:

Наказ 368 24.02.22 Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі

Наказ 374 24.02.22 Додаток Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх

Наказ 374 24.02.22 Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії РФ

Наказ 390 01.03.22 Фіксація смерті

Наказ 389 28.02.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо первинної хірургічної обробки вогнепальних ран

Наказ 391 02.03.22 Додаток Методичні рекомендації щодо етапності надання медичної допомоги пораненим та травмованим

Наказ 393 02.03.22 Про надання паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії пацієнтам в умовах воєнного стану

Наказ 402 03.03.22 Додаток щодо МД постраждалим з опіками на етапах евакуації

Наказ 402 03.03.22 щодо МД постраждалим з опіками на етапах евакуації

Наказ 405 03.03.22 Додаток Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги та профілактики посттравматичного розладу

Наказ 405 03.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання першої психологічної допомоги та профілактики посттравматичного розладу

Наказ 409 04.03.22 Про надання паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії пацієнтам в умовах воєнного стану

Наказ 412 04.03.22 Додаток Методичні рекомендації щодо конверсії турнікета у травмованих в зонах тактичної екстреної медичної допомоги

Наказ 412 04.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо конверсії турнікета у травмованих в зонах тактичної екстреної медичної допомоги

Наказ 418 05.03.22 Додаток Методичні рекомендації щодо застосування протоколу масивної трансфузії компонентів крові постраждалим на етапах евакуації

Наказ 506 20.03.22 Додаток Методичні рекомендації

Наказ 506 20.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дії фосфорних боєприпасів

Наказ 507 20.03.22 Про внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України

Наказ 488 15.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій воєнного стану

Наказ 488 15.03.22 Додаток Методичні рекомендації

Наказ 489 15.03.22 Про організацію надання медичної допомоги у закладах та установах, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України

Наказ 495 16.03.22 Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони

Наказ 496 17.03.22 Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану

Наказ 496 17.03.22 Додаток Форма

Наказ 458 10.03.22 Про затвердження Мінімальних вимог щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час екстреного облаштування місць тимчасового перебування осіб

Наказ 459 10.03.22 Про внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 07 березня 2022 року № 421

Наказ 478 13.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дії хімічних агентів на етапах евакуації

Наказ 478 13.03.22 Додаток Методичні рекомендації

Лист дозвіл на ЗІЗ

Лист ЗПТ (замісної підтримувальної терапії)

Лист медвироби на ковід

Наказ 379 25.02.22 Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил

Наказ 389 28.02.22 Додаток Методичні рекомендації щодо первинної хірургічної обробки вогнепальних ран

Наказ 418 05.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо застосування протоколу масивної трансфузії компонентів крові постраждалим на етапах евакуації

Наказ 421 07.03.22 Деякі питання надання медичної допомоги хворим з діабетом в умовах воєнного стану

Наказ 431 08.03.22 Методичні рекомендації щодо тактики хірургії контролю пошкоджень та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації

Наказ 431 08.03.22 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо тактики хірургії контролю пошкоджень та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації

Наказ 458 10.03.22 МІНІМАЛЬНІ ВИМОГИ

Це не вичерпний перелік проте в повному переліку не має нормативно-правового акту який передбачає запровадження антикризового управління в закладах охорони здоров'я з врахуванням такого потужного чинника як війна.

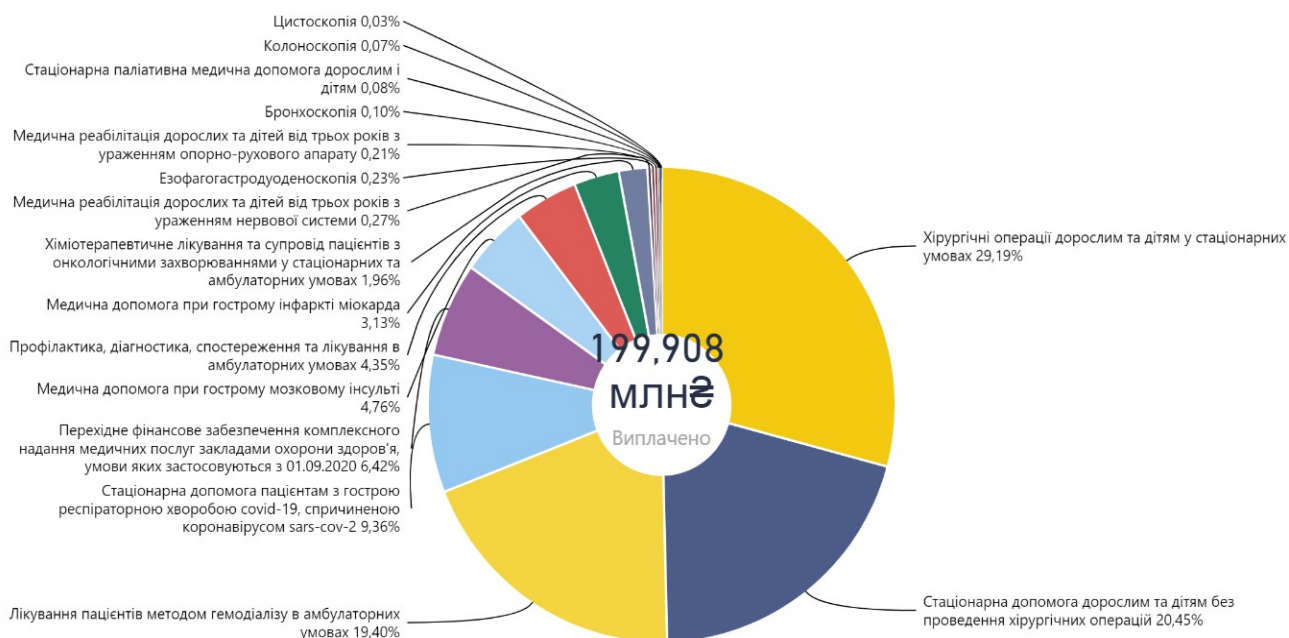
З початком війни відмічається поступове зменшення ЗОЗ на 55,5%, а кількість пацієнтів на 1 ліжко зросла на 70,8%.

Динаміка прослідковується і в оплатах надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій. В динаміці з 2020 по 2023 рік азагальна сума виплат НСЗУ є значною проте як бачимо з рисунку 4.3. частка у відсотках є незначною.

Рисунок 4.3.

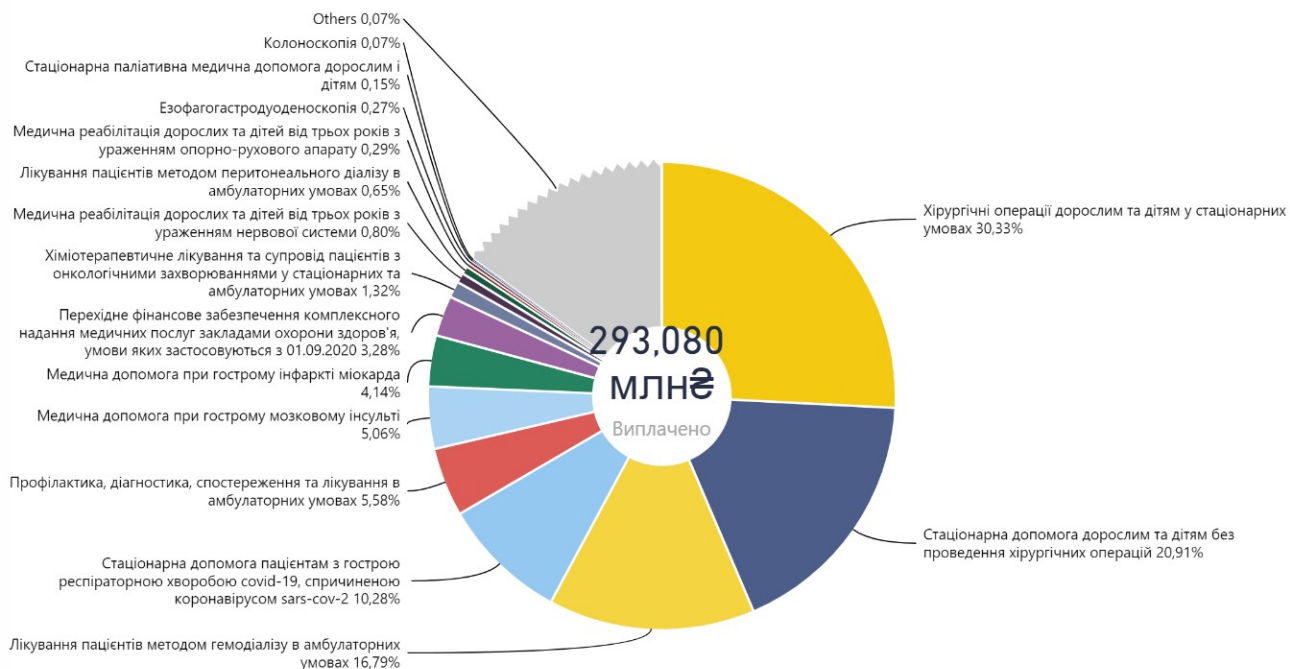
Розподіл оплат за групами послуг КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР
з 2020 до 2023 рр.

2020р.

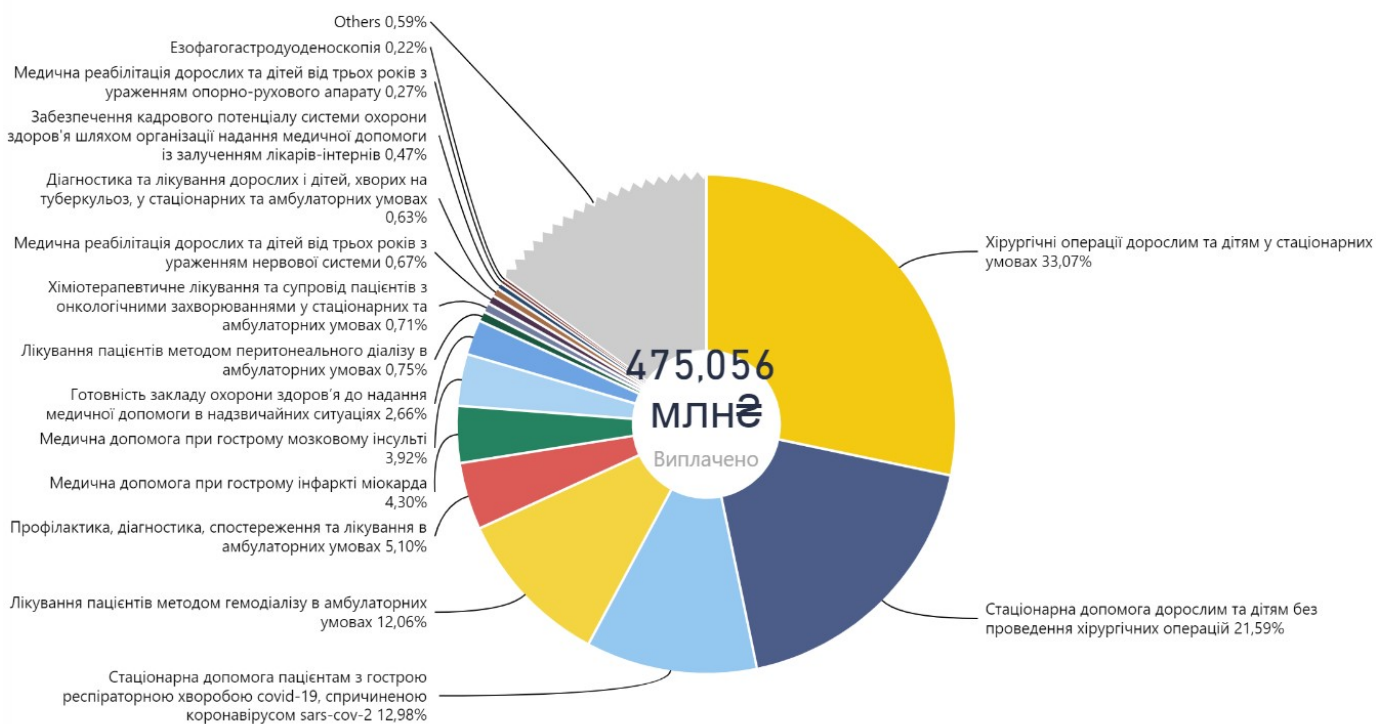


Продовження рисунку 4.3.

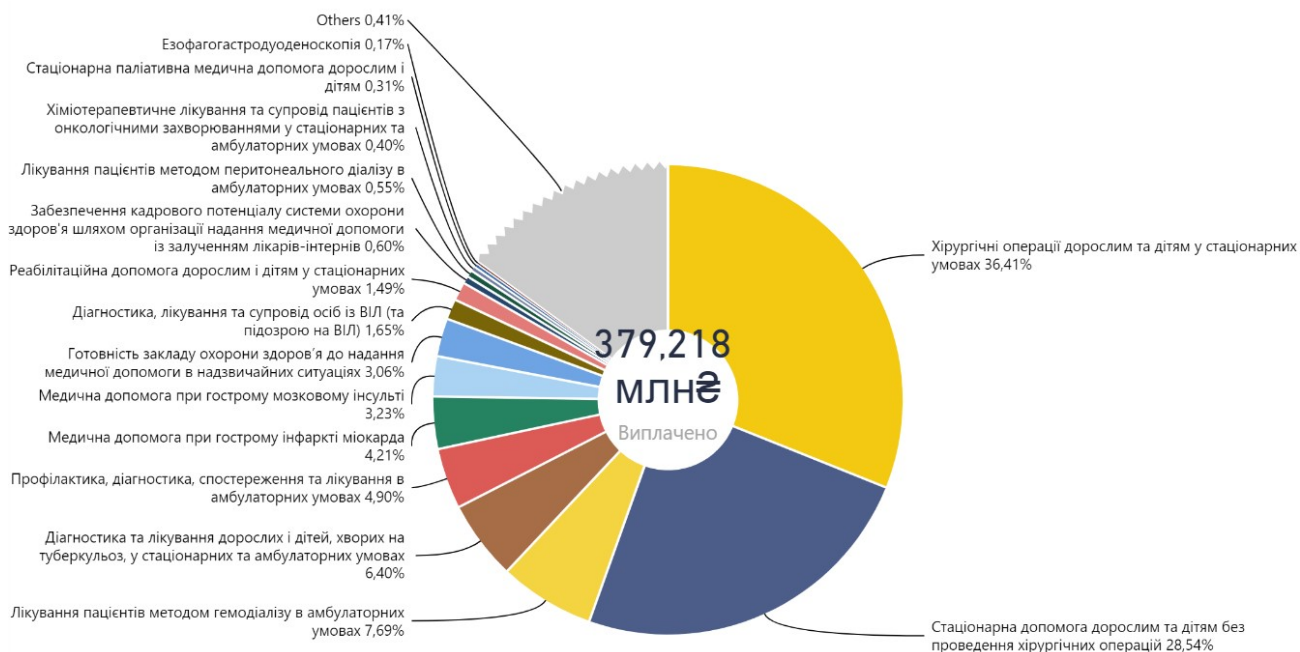
2021р.



2022р.



2023 р.



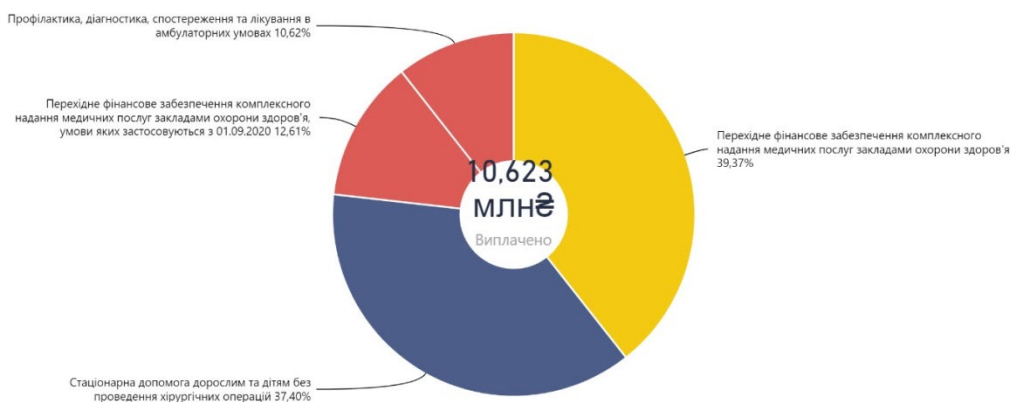
Як бачимо з ринку 4.3. з 2020 року до сьогодні найбільша частка оплати НСЗУ для КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР медичної допомоги за програмою медичних гарантій припадає на хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій проте якщо проаналізувати у відсотках до загальної кількості це не значний відсоток відшкодування.

В такому ж ключі проаналізовано розподіл за групами оплат НСЗУ медичної допомоги за програмою медичних гарантій КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва, що зображено на рисунку 4.4. Як бачимо з цього рисунку

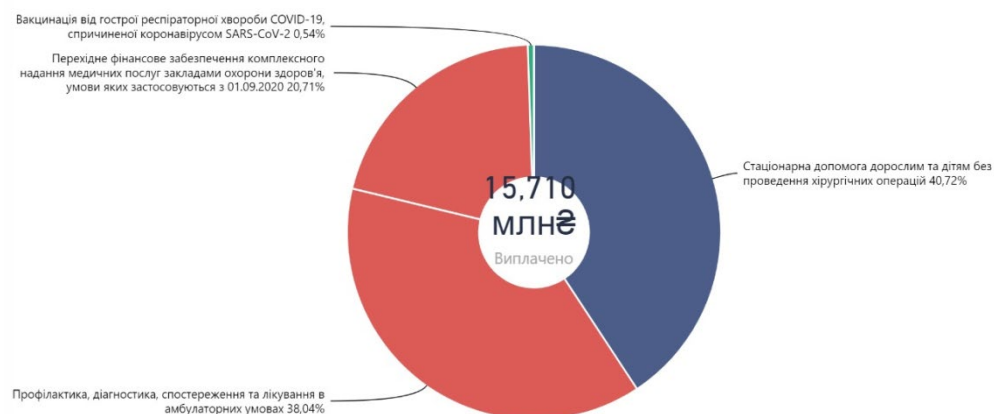
Рисунок 4.4.

Розподіл оплат за групами послуг КНП Шкірно-венерологічний диспансер № 2 Деснянського району м.Києва з 2020 до 2023 рр.

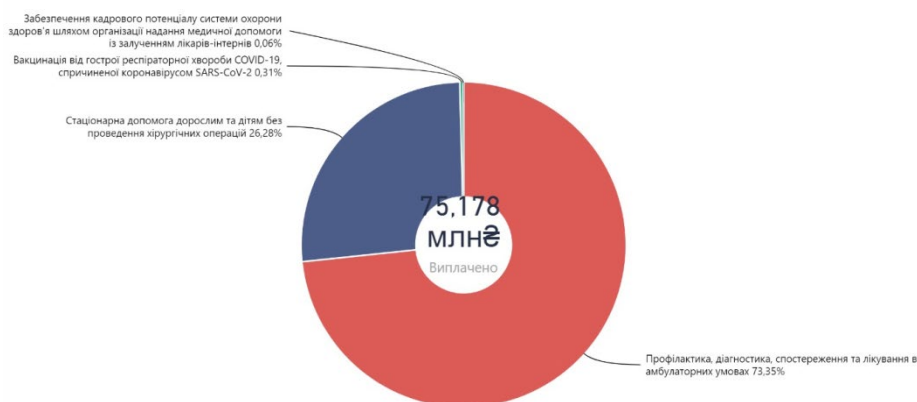
2020р.



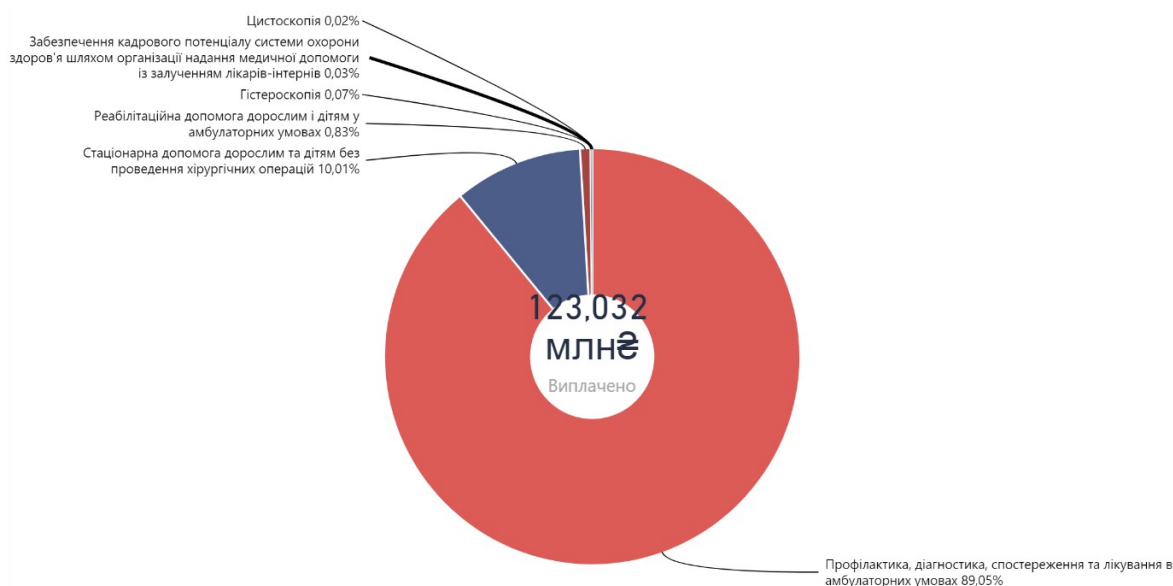
2021р.



2022р.



2023р.



Всі оплати, які отримують ЗОЗ за договором з НСЗУ, є публічною інформацією, яку можна побачити на відкритих дашбордах НСЗУ.

Попри отримані виплати ЗОЗ які є базами дослідження складно стабілізувати фінансово-економічне становище тому що війна створює середовище в якому не можливо точно прогнозувати можливі витрати і дуже складно спрогнозувати власні надходження.

Дуже важливо в умовах війни налагодження логістики управління, яка дає змогу швидко реагувати на кризові стани з організації та надання медичної допомоги населенню в екстрених ситуаціях. Медична логістика є невід'ємною складовою формування соціальної захищеності населення та якісного рівня життя. Постачання, складування, інформаційний та фінансовий потоки є невід'ємним аспектом функціонування баз дослідження.

Використання логістичних підходів зменшує час обробки інформації, підвищує якісні критерії обслуговування пацієнта, дає змогу знизити витрати на утримання запасів, вирішити проблеми дефіциту медикаментів та перевантаження палат, а також знизити собівартість медичної послуги, яка визначається ланцюгом створення цінності.

Логістична діяльність ЗОЗ безпосередньо пов'язана із ланцюгами постачань, зокрема медичної техніки, препаратів, устаткування, а також ланцюгом створення цінності, який відображатиме додану вартість кожної ланки у контексті кінцевої вартості медичної послуги. Логістичний підхід в ЗОЗ має використовуватися як на мікро- так і на макрорівні. Впровадження в менеджмент ЗОЗ принципів логістики дає нове бачення процесу управління, як частини ефективної моделі антикризового управління.

Базами дослідження активно впроваджують медичні інформаційні системи. Впровадження центральної бази даних «e-Health», частково вдосконалило логістику в ланцюгу постачань: фінансових ресурсів шляхом прозорого та швидкого фінансування; інформаційних ресурсів шляхом впровадження електронного документообігу (е-рецепт, е-картка, е-направлення) та створення нових електронних сервісів. Проте цілісної системи чи моделі антикризового управління за базами дослідження не відмічаємо.

Для прикладу, МІС МедІнфоСервіс охоплює автоматизацію лікувальних процесів амбулаторно-поліклінічних закладів і стаціонарів та формування медичної статистичної звітності. МІС акредитована МОЗ, підключена до електронної системи охорони здоров'я «E-Health», може бути впроваджена в закладах первинного, вторинного та третинного рівня медичної допомоги. Крім того, програма орієнтована на управління медичними кадрами, дає змогу узагальнити дані про медичні кадри на рівні району, міста, області. Simplex Med є комплексною МІС, що забезпечує автоматизацію процесів в ЗОЗ, шляхом впровадження електронної черги, реєстру пацієнтів, призначення пацієнтам, облік послуг, матеріальних ресурсів, медикаментів, облік на складі, облік кадрів, автоматизацію лабораторних досліджень, інструментальної діагностики, ведення порталу КНП, телемедицини, враховує потреби КНП в медико-статистичних показниках в регіоні ведення діяльності тощо.

Таким чином, розглянуті МІС, які активно впроваджуються ЗОЗ суттєво спрощують ланцюг постачання медичних послуг, доступ до послуг населення. МІС також дають змогу автоматизувати електронний документообіг.

Ефективна логістика ЗОЗ включає також безпеку пацієнтів шляхом контролю якості лікарських засобів, яку дає змогу забезпечити саме технології відстеження ланцюга постачань. Логістична діяльність як інструмент антикризового управління ЗОЗ повинна передбачати своєчасне забезпечення організації охорони здоров'я медичним обладнанням, лікарськими засобами, устаткуванням, медичними кадрами, фінансовими та інформаційними ресурсами в умовах зростання потреби населення в медичних послугах. Антикризове управління ЗОЗ має базуватися на використанні інформаційної цифрової логістики через автономізацію ЗОЗ та покладення на керівників функцій менеджменту. Інформатизація та цифрова трансформація ЗОЗ має забезпечувати впровадження цифрової логістики у КНП різної спеціалізації та рівня. Це забезпечує своєчасність постачання матеріально-технічних ресурсів, медикаментів, фінансів та інформації для прийняття управлінських рішень керівниками ЗОЗ. Як підсумок все це має бути складовими моделі антикризового управління яка в умовах воєнного стану є запорукою швидкого та ефективного надання медичної допомоги цивільному населенню та військовим.

Висновки до розділу 4.

1. Проаналізувавши ризики та чинники виділили групи ризиків за результатами власного дослідження для ЗОЗ баз дослідження та чинники які призводять до кризового стану. За обома групами виділено основні внутрішні та зовнішні і ризики і чинники, охарактеризовано їх зміст саме для досліджуваних ЗОЗ адже для інших ЗОЗ вони можуть відрізнятись за кількістю.

2. Зроблено висновок про недосконалість нормативно-правового забезпечення автономізації ЗОЗ державної власності та КНП. Виявлено основні напрямки вдосконалення нормативно-правового забезпечення автономізації КНП ЗОЗ: фінансування; механізм реорганізації на основі практики автономізації; відповідальність ЗОЗ; формування фінансування ЗОЗ та оптимізації медичного персоналу; механізм банкрутства. Доцільно ухвалити Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичну допомогу (медичне обслуговування)», «Про професійну відповідальність та медичне самоврядування», «Про соціальне медичне страхування».

3. Установлено, що логістична діяльність як інструмент антикризового управління ЗОЗ повинна передбачати своєчасне забезпечення організації охорони здоров'я медичним обладнанням, лікарськими засобами, устаткуванням, медичними кадрами, фінансовими та інформаційними ресурсами в умовах зростання потреби населення в медичних послугах. Антикризове управління ЗОЗ має базуватися на використанні інформаційної цифрової логістики через автономізацію ЗОЗ та покладення на керівників функцій менеджменту. Інформатизація та цифрова трансформація ЗОЗ має забезпечувати впровадження цифрової логістики у КНП різної спеціалізації та рівня. Це забезпечує своєчасність постачання матеріально-технічних ресурсів, медикаментів, фінансів та інформації для прийняття управлінських рішень керівниками ЗОЗ. Як наслідок скорочується швидкість надання медичних послуг та їх доступність пацієнтам. Логістичний підхід в управлінні ЗОЗ базується на активному впровадженні медичних інформаційних систем, які пов'язані з центральною базою даних державної системи «e-Health». Зазначені фактори позитивно позначаються на логістичній діяльності ЗОЗ в умовах виникнення кризового стану проте не вирішують проблематики.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [157], [158], [165], [171], [173].

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗОЗ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ

За останні щонайменше 70 років системи охорони здоров'я не стикалися з подібними викликами. Це беззаперечні факти. Кожен Уряд в світі мусив діяти і шукати найкращі інструменти, як протидіяти цим викликам. Для України світова криза в економіці та медицині були не єдиними викликами. Заглиблення в кризу ЗОЗ посилили нові загрози - пандемія, війна і суспільство потребує продовження системних реформ. Восени та влітку 2020 року Міжнародний валютний фонд видавав звіти, де прогнозував, що економіка України за результатами року впаде більш ніж на 8 %.

Але цього не сталося. Спільна робота Президента, Уряду та Верховної Ради сприяли тому, що падіння ВВП було набагато меншим за прогнозовані очікування. В 2020 році ВВП України скоротився на 4 %, що значно кращий результат ніж для більшості країн Європи. Так, економіка Євросони скоротилася на 6,8 %, економіка Великої Британії на 9,9 %, і навіть економіка Німеччини впала на 5 %. Ще одне важливе порівняння – в 2009 році, під час попередньої світової економічної кризи, ВВП України впав на 16 %.

Безумовно ключовим викликом та завданням для Кабінету Міністрів в 2020 році був порятунок життів українців та трансформація системи охорони здоров'я, як відповідь на коронакризу. У березні 2020 року система охорони здоров'я в Україні була абсолютно не готовою до відсічі пандемії. Ні засобів

індивідуального захисту, ні протоколів лікування, ні готовності лікарень. Не кажучи вже про якісну техніку, достатню кількість профільних спеціалістів чи лабораторного обладнання. Поки інші країни збільшували потужність своїх медичних систем в 2 чи 3 рази, Україні довелося нарощувати таку потужність в десятки разів.

Медична система стала набагато більш спроможною до нових викликів, бюджет на медицину за 2 роки збільшився на 60 % (зі 100 млрд грн до більш ніж 160 млрд грн), були збільшені виплати лікарям та розпочата комплексна модернізація лікарень. Крім того, в 2020 році вдалося запустити та реалізувати значну кількість системних реформ та позитивних для людей проектів. Було напрацьовано Національну економічну стратегію до 2030 року. Системний документ, який дає передбачуваність дій влади для людей та бізнесу, а також дорожню карту, як рухається держава.

Аналітики та експерти говорять про V-подібне відновлення української економіки в 2021 році на +4,6 %. Перші місяці 2020 року демонструють позитивні цифри по експорту (+12 % до року), по роздрібній торгівлі (+5,6 %), по наповненню бюджету (106 % від індикативу). В 2021 році було поставлено декілька глобальних цілей та ініціатив, які не повною мірою реалізовано через війну. Проте подальша трансформація медицини, програма масової вакцинації та протидія пандемії працювала та працює. В 2021-му році виділено рекордну суму коштів на пологи, лікування інсультів, онкології, на програми трансплантології.

Продовжено розбудову електронної системи охорони здоров'я (аудит електронних баз та реєстрів, перехід на електронні лікарняні листки, довідки та сервіси тощо), зокрема забезпечено доступність та стабільність роботи електронної системи охорони здоров'я (eHealth) у режимі 24/7: • утворено комітет SDLC (Software Development Life Cycle) з метою ефективного управління розробкою функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок); • збільшено фінансування на 32 млн грн на розвиток eHealth; •

проведено регулярні тести на вразливість та безпеку; • забезпечено середній час обробки запитів користувачів до 5 секунд та пропускну спроможність у понад 1700 запитів за хвилину; • зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (4500 закладів охорони здоров'я); • забезпечено надання доступних цифрових медичних послуг для понад 31 млн українців; • розпочато депаперизацію і реінжиніринг видачі паперових довідок; • впроваджено функціонал електронних медичних висновків про народження (уже створено понад 47 тис. висновків).

Модернізовано ліцензійний реєстр МОЗ: • реалізовано додаткові функціонали, покликані спростити пошук необхідної для користувачів інформації, серед яких: окремий інтерфейс для редагування видів 225 робіт філій; контекстний пошук по базі даних; зручний аналітичний інструмент (дашборд), який містить актуальну детальну інформацію щодо ліцензіатів тощо; • забезпечено перегляд відомостей про суб'єктів господарювання, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики та містяться ліцензійному реєстрі в зручному форматі, наприклад з мобільних пристроїв – смартфонів та планшетів, а кількість одночасних сеансів є необмеженою. Запущено національний контакт-центр МОЗ з протидії поширенню COVID-19: • залучено до роботи 150 операторів, опрацьовано понад 167 тис. дзвінків громадян; • впроваджено додаткові сервіси щодо залишення запиту на виїзд мобільної бригади (здійснено понад 2400 виїздів мобільних бригад), надання віддалених консультацій лікарями (залучено до роботи контакт-центру 11 медичних працівників, якими надано понад 3862 консультації).

Запроваджено цифрові інструменти для протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, зокрема шляхом: • впровадження Інформаційної системи координації вільних ліжко-місць у закладах охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19; • цифровізовано облік та реєстрацію підозрілих та

підтверджених випадків захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19.

У 2021 році розпочато розрахунок економічно обґрунтованих тарифів на основі даних референтних закладів охорони здоров'я для всіх медичних послуг, передбачених Програмою медичних гарантій, що дасть змогу визначити реальну собівартість послуг та підвищувати заробітну плату медичним працівникам. Затверджено Порядок та умови надання у 2020 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я (постанова Кабінету Міністрів України від 25 226 березня 2020 р. № 250), якою передбачено перерозподіл коштів з бюджетної програми КПКВК 2308060 “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення” для їх спрямування, зокрема, на підтримку окремих закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, з метою недопущення утворення заборгованості з виплат заробітної плати працівникам цих закладів та нарахувань на неї.

З метою забезпечення фінансової спроможності закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності в рамках реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році внесено зміни до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, які передбачають кризову підтримку закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, і в результаті укладення договорів з НСЗУ отримали фінансування, яке є меншим за медичну субвенцію I кварталу 2020 року (постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 513).

У сфері реформи медичної освіти з урахуванням кращих практик та досвіду ЄС забезпечено:

- врегулювання питання освітнього процесу в сфері охорони здоров'я, зокрема в частині надання права науково-педагогічним працівникам закладів вищої освіти надавати медичну допомогу (постанова Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1337);

- визначення механізму використання коштів, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою “Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти” для організації стажування лікарів-інтернів на базах стажування (постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 536);

- приведення мережі закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань “22 Охорона здоров'я” до вимог закону України “Про вищу освіту” (реорганізація, перейменування) (розпорядження Кабінету Міністрів України від 8 лютого 2021 р. № 103, наказ МОЗ від 11 січня 2021 р. № 22);

- залучення з метою протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID19 додатково, на умовах контракту, осіб, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам (наказ МОЗ від 28 серпня 2020 р. № 1976);

- формування потреби у залученні лікарів, середнього медичного персоналу та лікарів-інтернів в умовах пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19;

- створення онлайн-платформи для навчання сімейних лікарів “Актуальні питання у щоденній роботі в період епідемії” (навчання пройшли 2000 осіб).

Проте не має цілісного, системного підходу до формування концептуальних засад антикризового управління ЗОЗ з врахуванням ризиків та зовнішніх і внутрішніх чинників. Мета антикризового управління полягає в підготовці бази для наступного старту розвитку та вдосконалення діяльності ЗОЗ:

збільшення ефективності використання ресурсів, ритмічне функціонування організації за рахунок високої фінансової стабільності та своєчасного попередження, уникнення та нейтралізації господарських ризиків.

Причини виникнення криз різні, тому й управління ними також може відрізнятись. Це виявляється в алгоритмах розробки управлінських рішень та особливо у механізмі управління.

Має бути створено стратегічний підхід щодо організації розробки системи державного антикризового управління охороною здоров'я, що передбачає впровадження ефективних механізмів, які даватимуть змогу сприйняти зміни, ідентифікувати їх і забезпечити відповідну адаптацію нормативно-правових актів до вимог ЄС, а також господарської, фінансової та інвестиційної діяльності у сфері охорони здоров'я.

Універсальних антикризових заходів для ЗОЗ не існує, оскільки всі ситуації різні. Для успішного виходу з кожної потрібен персональний підхід, що вимагає високої компетенції керівника. Керівнику закладу охорони здоров'я потрібно ретельно виконувати постійний моніторинг діяльності установи та при виявленні ситуацій, що свідчать про наближення небажаного стану справ, варто розробляти заходи антикризової програми з врахуванням особливостей своєї ЗОЗ та запропонованих заходів.

Антикризове управління ЗОЗ виявляється у застосуванні різноманітних форм, методів і процедур, спрямованих на соціально-економічне покращення фінансово-господарської діяльності лікувального закладу, створення та розвиток умов для виходу з кризового стану. Антикризове управління поширюється на всі види діяльності організації. Це сприяє залученню інновацій, оновленню обладнання та технологій та науково-технічний розвиток. Особливістю антикризового управління є прискорене реагування на суттєві зміни зовнішнього середовища на основі заздалегідь розробленої процедури альтернативних варіантів прийняття рішень, які передбачають різноманітні перетворення в

медичній сфері залежно від конкретної ситуації. Антикризова програма закладу охорони здоров'я складається з кількох етапів, що викладено у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Етапи антикризової програми закладу охорони здоров'я*

Етап	Коротка характеристика
I етап	формування робочої групи з числа зацікавлених осіб, підбір експертів
II етап	розробка плану/графіка проведення підготовчих робіт
III етап	проведення поглибленого аналізу фінансово-господарської діяльності організації, визначення причин існуючого стану та потреб, що стримують подальший розвиток
IV етап	розробка антикризових альтернатив, тобто сукупності можливих заходів антикризової програми, гіпотез стосовно розвитку внутрішнього та зовнішнього оточення, прогнозування можливих наслідків їх реалізації
V етап	колегіальне обговорення сутності, наслідків та доцільності окремих висунутих альтернатив на засіданні групи експертів
VI етап	підготовка експертного висновку з повною характеристикою кожного запропонованого антикризового заходу для особи, що приймає рішення
VII етап	здійснення процедури вибору раціональних альтернатив, підготовка проєкту антикризової програми; узгодження проєкту антикризової програми з зацікавленими особами — населенням, органами державного управління та контролю тощо (відповідно до нормативних вимог)
VIII етап	прийняття антикризової програми та доведення її положень до виконавців

Джерело: розроблено автором

Автором обґрунтовано розробку концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, запровадження якої потребуватиме найбільш численних й ретельно спланованих заходів (рис.5.2.).



Рис. 5.1. Обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОО.

Джерело: розроблено автором.

На нашу ж думку, базою концептуальної моделі антикризового управління ЗОО має бути комплексний механізм, вектори якого спрямовано не тільки на фінансовий аспект діяльності, а й на всі сфери ЗОО, віддаючи належну увагу її соціальній складовій, при цьому необхідно забезпечити їх ефективність та

збалансованість. Системність та комплексність впровадження антикризового управління потребує узгодженості в діях усіх його учасників відповідно до мети та завдань антикризового управління для відновлення позитивного фінансового та соціального балансу. ЗОЗ, як будь-яка організація, є системою, яка має постійно розвиватися та диверсифікуватися відповідно до запитів світу та суспільства. Тому у загальному баченні заходів антикризового управління досліджених КНП пропонуємо обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ.

Системоутворюючим елементом концептуальної моделі визначені потреби ЗОЗ в кризовому стані в результативній, виваженій, векторно спрямованій внутрішній політиці, з врахуванням ризиків, внутрішніх та зовнішніх чинників.

5.2. Розробка удосконаленої концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ

Оскільки учасниками лікувально-діагностичного процесу, крім медичних працівників, є пацієнти, і за даними опитування, ефективність їх сумісної діяльності отримала низькі оцінки, концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ має бути спрямована й на підвищення цієї ефективності, мотивації пацієнтів до отримання достовірної актуальної інформації щодо змін в системі охорони здоров'я а також ризики і чинники виникнення кризового стану ЗОЗ і програму запобігання кризи в ЗОЗ, які діють в певній територіальній громаді, тобто в громаді пацієнта. Примірна програма подолання кризового стану наведена в Додатку Д.

Нарешті, концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ має вирішувати завдання більш раціонального використання ресурсів, що є одним із важливих напрямів управлінської діяльності в ЗОЗ.

Автором прийнято рішення розпочати розробку концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, запровадження якої потребуватиме найбільш численних й ретельно спланованих заходів (рис.5.2.).

Надалі, для досягнення мети, система має містити набір компонентів, інноваційним з яких визначено інформаційну складову (моніторинг, аналіз, контроль) та ефективну і оперативну взаємодію усіх складових концептуальної моделі, запропонованої автором.

Концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ, основу якої складають два блоки: блок кризових явищ, що впливають на заклад охорони здоров'я, та, відповідно, блок антикризової політики, вектори якої спрямовані на захист стану закладу відповідно до рівнів, за якими необхідно проводити цілеспрямоване управління та відповідний моніторинг.

Формуючи модель антикризового управління ЗОЗ, важливо враховувати взаємодію та взаємовплив між зовнішнім і внутрішнім середовищем та, власне, самим антикризовим управлінням, оскільки його основне завдання – це попередження кризового стану через використання програми. Однак, антикризове управління також покликане на підвищення ефективності кадрового потенціалу: підготовка керівного складу до управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи; вживати заходів для особистісного та професійно-діяльнісного самовдосконалення керівного складу закладу, базуючись на набутому професійному та життєвому досвіді, враховуючи власні потреби та соціальні запити держави; розвиток професійних компетенцій, знань та вмінь, у т. ч. щодо використання та застосування інформаційно-комунікаційних технологій у практичній діяльності; розвиток у керівного складу вмінь до швидкої адаптації, знаходження оптимальних та найбільш ефективних шляхів розв'язання проблем організаційного, кадрового та фінансового характеру.

Крім того, до спектру задач антикризового управління ЗОЗ входять наступні: визначати показники кризового стану; розробляти методичні засади

діагностики кризового стану, розвивати інформаційну функцію на основі інноваційних технологій та забезпечити її достовірність, вчасність та актуальність; формувати програму подолання кризових явищ; визначити принципи кадрового забезпечення; розробити програми для подолання кризових явищ відповідно до визначених загроз зовнішнього та внутрішнього середовища.

В антикризовому управлінні ЗОЗ автором запропоновано виділяти наступні її фази:

1. Визначення показників кризового стану;
2. Діагностика актуального стану закладу охорони здоров'я, факторів впливу, загрози економічній безпеці закладу для розробки заходів антикризової політики;
3. Ідентифікація кризового стану чи констатація його відсутності;
4. Обґрунтування завдань антикризової політики, спрямованих на подолання кризового стану, визначення робочої групи виконавців антикризових заходів та відповідальних осіб, створення системи комунікації;
5. Розробка програми антикризової політики закладу охорони здоров'я із зазначенням термінів реалізації заходів;
6. Контроль впровадження та виконання антикризової програми;
7. Проміжна діагностика стану закладу охорони здоров'я із визначенням подальших дій – дотримання програми чи її корегування;
8. Надання пропозицій з превентивних заходів для запобігання появи кризового стану;
9. Моніторинг виконання наданих превентивних пропозицій.

Першим етапом програми антикризового управління закладом охорони здоров'я є формування стратегічного плану розвитку закладу з визначенням відповідної візії або бачення менеджментом ідеального стану організації через певний проміжок часу. На цьому етапі антикризової політики формуються погляди на напрями розвитку закладу, визначаються його сильні та слабкі сторони – довіра

та повага пацієнта, імідж, кваліфікованість кадрів, укомплектованість персоналу, психологічний клімат в колективі, стан матеріально-технічної бази, наявність ремонту, забезпеченість автотранспортом, наявність електронного медичного простору.

Визначаються можливості та загрози й причини виникнення кризового стану – висока плинність кадрів, вихід на пенсію висококваліфікованих кадрів, програми стимулювання праці лікарів, високі управлінські якості керівника закладу чи їх відсутність, недотримання професійних прав медичного персоналу, надання чи ненадання пільг співробітникам, державні програми фінансування закладу, небажання молодих фахівців працювати у конкретних закладах.

Крім того, в рамках антикризової програми упередження кризи визначається диверсифікація послуг, які надаються, постає запит на відповідні ресурси – матеріальні, кадрові, інформаційні.

Наступний вектор антикризового управління – пацієнт-орієнтованість та налагодження політики закладу охорони здоров'я, за яким передбачено дотримання 8 принципів пацієнт-орієнтованої моделі: повага до цінностей і переконань пацієнта, координація та інтеграція догляду, інформація, комунікація, навчання, фізичний комфорт, зменшення болю, емоційна підтримка, зменшення страху, залучення сім'ї та друзів, безперервність та наступність догляду, своєчасний та без бар'єрний доступ.

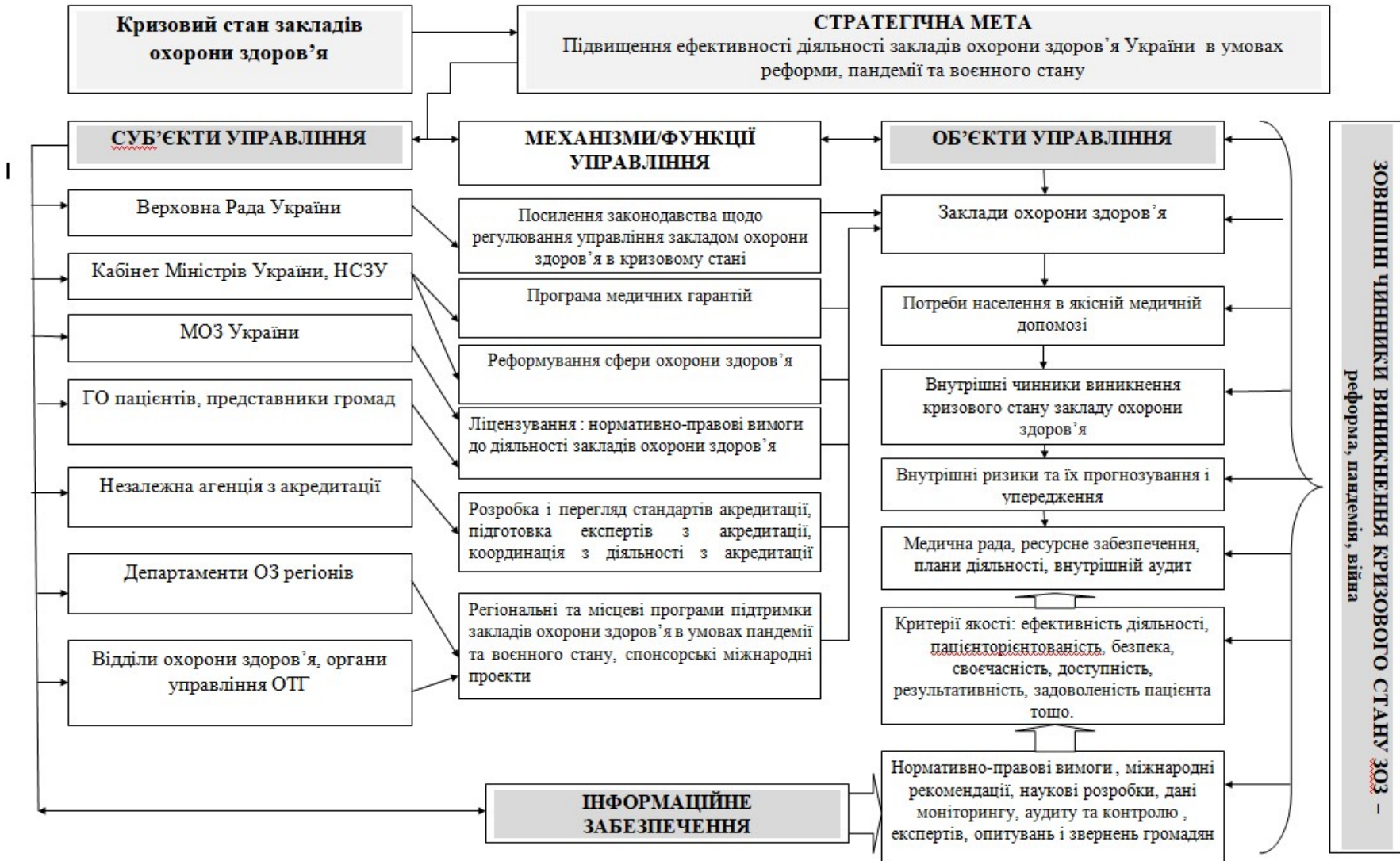


Рис. 5.3 Концептуальна модель антикризового управління закладу охорони здоров'я

Наступним вектором реалізації антикризового управління в ЗОЗ є формування системи управління якістю на основі інноваційних технологій. «Адекватна якість медичної допомоги є необхідною умовою досягнення цілей систем охорони здоров'я, що пов'язані зі здоров'ям людей, здатністю системи реагувати на потреби споживачів. ВООЗ визначає якість медичної допомоги як межі, в яких «Той, хто біжить за якістю, зможе надаються послуги охорони здоров'я окремим особам та населенню з метою покращення бажаних результатів. Для того щоб досягнути цієї мети, охорона здоров'я повинна бути безпечною, ефективною, вчасною, результативною, рівною та орієнтованою на людину».

В умовах антикризового управління усе більшого значення набувають процеси впровадження систем управління якістю ЗОЗ, які є поширеними у світовій практиці. Стратегічним рішенням у підвищенні загальної ефективності роботи ЗОЗ та забезпечення надійної основи для ініціатив зі сталого розвитку може прийняття системи управління. Так, національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я» визначено 11 основних аспектів якості для ЗОЗ незалежно від розміру, форм власності та переліку послуг, що надаються: «відповідний, правильний догляд; придатність; неперервність допомоги; ефективність; результативність; неупередженість; докази/знання на основі догляду; орієнтованість на пацієнта, враховуючи фізичну, психологічну та соціальну цілісність; залучення пацієнта; безпека пацієнта; своєчасність/доступність».

Крім того, стандартом відзначено необхідні для антикризової політики принципи управління якістю, які вважаємо обов'язковими до впровадження – орієнтованість на замовника; лідерство; задіяність персоналу; процесний підхід; удосконалення; прийняття рішень на підставі фактичних даних; управління взаємовідносинами.

Ключовим етапом антикризового управління є інноваційні підходи до управління ЗОЗ. Сфера охорони здоров'я сьогодні знаходиться у стані реформації,

однак важливим фактом є поява нового вектору діяльності в ній, до якого не звикло населення ні за менталітетом, ні за широкими можливостями – бізнес-діяльність, адже продукт, який випускається на ринок закладом охорони здоров'я і не фінансується державою, є платна медична послуга. Сектор комерційних медичних послуг з кожним роком збільшується, що вимагає застосування новітніх методів менеджменту, особливо це стосується інноваційної політики підбору та перепрофілювання кадрів, враховуючи актуальні соціально-економічні умови та реальні потреби, а також розвитку міжнародного співробітництва.

Крім того, важливим аспектом антикризового управління на етапі кадрового забезпечення має стати достатньо вагомий спектр мотиваційних стимулів персоналу, проблеми в якому вже є достатньо традиційними, але залишаються невирішеними та поза увагою медичної реформи: порушення права на працю: переведення медичних працівників на неповний робочий день, несвоєчасна виплата заробітної плати, рівень якої залишається досить низьким, скасування встановлених надбавок, незаконні звільнення з роботи, відсутність умов для реалізації соціальних гарантій для медичних працівників, які проживають і працюють у сільській місцевості. Що, безумовно, дає дестимулюючий ефект. Тому, з метою удосконалення системи стимулювання праці персоналу в умовах трансформаційних зрушень у світлі проведення реформи охорони здоров'я необхідним є використання заходів з підвищення стимулювання праці медичного персоналу за блоками проблем – реалізація трудових прав працівників, забезпечення трудових прав працівників, соціальний захист, формування кадрового забезпечення, розробка системи заохочення працівників.

«Інновації у системі управління ЗОЗ – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розроблення

програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування ЗОЗ і розвитку персоналу; має вплив на поліпшення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я».

Тобто, інноваційне управління ЗОЗ передбачає трансформацію в галузі на основі поєднання інноваційних аспектів інфраструктури, фінансово-економічного механізму, врегулювання нормативно-правового та методичного забезпечення, скорочення рівня інформаційної асиметрії, що дозволить як підвищити рівень якості медичної допомоги, так і ефективність використання наявних ресурсів закладу.

Етапи забезпечення фінансової стійкості та ведення відкритого діалогу щодо його фінансування є взаємопов'язаними, однак вимагають уважного виконання, тому поділені між собою. Важливою особливістю реформування системи охорони здоров'я в Україні стала трансформації її фінансування. Так, створена у 2018 р. Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, який здійснює основний принцип реформи «гроші йдуть за пацієнтом», сплачує вартість реально наданих медичних послуг. Тобто наразі основним джерелом доходів ЗОЗ є фінансування НСЗУ за умов, що заклад став партнером програми та виконав низку необхідних умов. «Як відомо, зараз обсяг оплати залежить від кількості та вікової структури пацієнтів, які уклали декларацію з лікарями відповідного ЗОЗ. Тобто чим більше пацієнтів обрали лікарів, які працюють у закладі, тим більшою буде оплата за договором з НСЗУ. У процесі надання ПМД кожен ЗОЗ здійснює витрати, які покриваються за рахунок доходів, більшу частку яких становлять кошти, отримані від НСЗУ за програмою медичних гарантій. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовою передумовою досягнення фінансової стійкості закладу. Тому для ефективного функціонування в нових умовах закладам необхідно набути нових знань і навичок у фінансовому плануванні та управлінні».

З метою набуття фінансової стійкості, антикризове управління ЗОЗ на думку автора, має передбачати активний пошук шляхів додаткових джерел фінансування, які не є забороненими в Україні. Наразі, завдяки реформі, це можливо, оскільки ЗОЗ перетворились на КНП. Тому, керівництво ЗОЗ повинно приділяти таким можливостям поповнення бюджету закладу: цільові програми державного бюджету; програми обласного бюджету; обласні соціальні цільові програми, обласні програми соціально-економічного розвитку області; програми міського/районного бюджету та бюджетів ОТГ; громадський бюджет участі; фонди депутатів; гранти; фінансова допомога бізнес-суб'єктів; кошти від здачі приміщення в оренду; депозити; введення в асортимент закладу платних послуг.

На завершення, важливим етапом здійснення антикризового управління є активна зовнішня комунікація, яку має проводити управлінський персонал закладу та заохочувати до цих дій своїх співробітників. Комунікаційна стратегія для ЗОЗ є інструментом побудови довіри пацієнтів, вона одночасно є ключовою складовою маркетингового плану КНП, завданнями якого є «підвищення поінформованості потенційної аудиторії про медичний заклад, привернення уваги аудиторії до послуг закладу через реальні покращення і запровадження нових підходів, розробка шляхів просування медичних послуг, добір оптимальних інструментів залучення, запуск соціальних або комунікаційних кампаній, формування бренду, розробка і виробництво іміджевої та брендової продукції, комплексна підтримка і супровід пріоритетних комунікаційних каналів».

В умовах становлення та розвитку ринкових відносин у системі охорони здоров'я, діяльність суб'єктів ринку медичних послуг прямо залежить від маркетингової та комунікаційної політики, оскільки на її основі приймаються управлінські рішення.

Таким чином, запропонована концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ дозволить поетапно провести діагностику закладу, визначити факт його кризового становища, загрози такого стану чи його відсутність, розробити

стратегію повернення ЗОЗ в стабільно ефективний фінансовий стан, надати пропозиції з превентивних заходів для запобігання появи кризового стану та із визначеною періодичністю проводити моніторинг виконання наданих пропозицій.

Отже, проведене власне дослідження автором свідчить про кризовий стан ЗОЗ, який проявляється в отриманні, зазначеними КНП, збитку протягом тривалого періоду. Розуміючи гостру потребу у трансформації всієї системи охорони здоров'я України, у серпні 2014 р. Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії її реформування, активна стадія якого розпочалась у 2018-2019 рр. Однак, очевидно, що актуальна криза у системі охорони здоров'я не тільки вплинула на положення соціальної інфраструктури, – вона глибоко зачепила всю вітчизняну економіку, а тому вимагає трансформаційних змін перш за все у системі управління ЗОЗ. Додатковим поглибленням в кризовий стан ЗОЗ стала пандемія COVID-19 і не завершившись додався наступний найбільш вагомий чинник – це повномасштабне вторгнення в Україні сусіда агресора. Автор вважає, що ефективне антикризове управління сьогодні є фундаментом фінансової та соціальної стійкості ЗОЗ. З метою формування антикризового управління ЗОЗ запропонована концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ, яка складається з блоку криз та загроз, що впливають на стан досліджених КНП та, відповідно, блоку векторів здійснення антикризового управління, які необхідно здійснювати за визначеними фазами антикризової політики. Запропонована модель дозволить поетапно провести діагностику закладу, визначити факт його кризового становища, загрози такого стану чи його відсутність, розробити стратегію повернення закладу охорони здоров'я в стабільно ефективний фінансовий стан, надати пропозиції з превентивних заходів для запобігання появи кризового стану та із визначеною періодичністю проводити моніторинг виконання наданих пропозицій.

5.3. Упровадження елементів концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я. Експертна оцінка ефективності моделі

Упровадження окремих елементів обґрунтованої та розробленої концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ відбувалось послідовно на етапах наукового дослідження та по його завершенні на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи ЗОЗ.

Галузевий рівень впровадження забезпечувався підготовкою й поширенням методичних рекомендацій, підготовленими за результатами проведеного автором дослідження. Внесок автора в текст методичних рекомендацій був домінуючим. Вчена рада Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту за поданням кафедри домедичної підготовки розглянула рукопис методичних рекомендацій та одногосно рекомендувала їх до друку (протокол засідання вченої ради № 12 від 30 листопада 2022 року).

Примірники методичних рекомендацій були надіслані до усіх наукових медичних бібліотек України, департаментів охорони здоров'я регіональних органів влади, передані експертам МОЗ України із спеціальності «Управління охороною здоров'я». На галузевому рівні впровадження відбулося також шляхом участі автора в розробці навчального плану і програми циклу тематичного удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Антикризове управління ЗОЗ».

Оприлюднення серед науковців і медичних працівників результатів дослідження відбувалось шляхом публікацій статей в наукових фахових виданнях України категорії «Б» (8 од.), статей в колективних монографіях (2од.) та тез в матеріалах наукових форумів у кількості 13 од.

Упровадження окремих елементів концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ відбувалась в 6 ЗОЗ та безпосередньо в ЗОЗ, обраного базою дослідження, - КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради.

Автором дисертаційної роботи за погодженням з керівництвом КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради було розроблено поетапний план впровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ.

Заходи першого етапу передбачали управлінське регулювання запровадження інновацій, а саме, прийняття політичної волі керівництва з введення в практику повсякденної роботи елементів концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, в частині врахування внутрішніх і зовнішніх чинників виникнення кризи. Політична воля знайшла своє втілення в розробці та введенні в дію примірної Програми упередження виникнення кризи ЗОЗ, внесення змін в положення про структурні підрозділи закладу, посадові інструкції працівників тощо.

На другому етапі здійснювалося навчання лікарів, молодшого персоналу з медичною освітою на семінарах-тренінгах з питань антикризового управління ЗОЗ, формування командної культури та командного реагування на загрози і чинники, попередження конфліктів, технології прийняття рішень методом консенсусу працівниками закладу.

Останній етап характеризувався започаткуванням діяльності концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ в реальній клінічній практиці. Результатами, які можна було оцінити внаслідок упровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ впродовж усіх трьох етапів, визначені дані ефективності застосування запропонованої моделі, отримані шляхом анкетного опитування 187 пацієнтів, які були учасниками запровадження змін як споживачі змін до та після запровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ.

Порівняльні результати опитування представлені в таблиці 5.4.

Як видно з табл. 5.4, коефіцієнт достовірності t по досліджуваним позиціям коливався в межах 0,7 – 1,9, тобто, в значеннях, менше 2, що засвідчило недостовірну різницю відмінностей отриманих даних. Такі результати, на думку автора, могли бути обумовлені коротким терміном впровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ та чинником впливу війни. Тому упровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ необхідно продовжити, що підтверджується значно кращими показниками ефективності діяльності на основі авторських пропозицій в середніх величинах бальної шкали за всіма визначеними критеріями.

Таблиця 5.4

Результати порівняльної оцінки ефективності управління ЗОЗ КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради у 2021 - 2022 роках за п'ятибальною шкалою (за даними соціологічного опитування)

з/п	Критерії	Середня оцінка в балах ($M \pm m$) в 2022 р.	Середня оцінка в балах ($M \pm m$) в 2021 р.	Коефіцієнт достовірності відмінностей (t)
	Якість надання медичної допомоги, послуги, консультації	3,8±0,7	2,6±0,8	1,1
	Забезпеченість ліками	3,9±0,7	3,1±0,5	0,9
	Швидкість реагування на ваші скарги щодо погіршення стану здоров'я	3,9±0,7	2,9±0,7	1,0
	Етапність профілактичних заходів	3,9±0,6	3,3±0,7	0,7
	Наступність та етапність допомоги	3,9±0,6	2,3±0,6	1,9
	Матеріально – технічне забезпечення	3,9±0,6	2,8±0,6	1,3

	при наданні медичної допомоги			
	Доступність до отримання медичної допомоги	3,8±0,6	2,6±0,7	1,3
	Комунікація з лікуючим лікарем	3,9±0,7	3,1±0,7	0,8
	Загальна оцінка	3,8±0,6	2,8±0,6	1,2

Так, за даними медико-статистичного аналізу, загальна оцінка ефективності управління ЗОЗ підвищилась з 2,8±0,6 до 3,8±0,6 балів.

Зокрема, найпомітніший прогрес учасники опитування оцінили за більшістю критеріїв: «наступність та етапність допомоги», значення якого зросли з 2,6±0,8 до 3,8±0,7 балів, «комунікація з лікуючим лікарем)» – з 2,9±0,7 до 3,9±0,7 балів, «Швидкість реагування на скарги щодо погіршення стану здоров'я» – з 2,3±0,6 до 3,9±0,6 балів, «Інформативність та якість надання медичної допомоги, консультації» – з 2,8±0,6 до 3,9±0,6 балів.

За критеріями «Забезпеченість ліками», «Матеріально-технічне забезпечення при наданні медичної допомоги» також відмічена позитивна динаміка: з 3,1±0,5 до 3,9±0,7 балів, з 3,3±0,7 до 3,9±0,6 балів, з 3,1±0,7 до 3,9±0,7 балів відповідно. Автор вважає за доцільне відзначити, що позитивна динаміка саме цих показників є підсилена міжнародною допомогою, програмами та грантами для ЗОЗ в умовах війни. Серед проблем, які виділені в рамках опитування варто виділити найбільш поширені проблеми: черги попри погодинний запис до лікаря; відхилення від графіку прийому; недоступність лікарів з високою кваліфікацією; неможливість виїзду на дім; невміння запису через Хелсі; відсутність можливості записуватись через Хелсі; проблеми позачергових консультацій між лікарями; проблеми розподілу пацієнтів із гострими формами захворювання, що стоять в одній черзі з здоровими; висока ціна лікування; наявність благодійних внесків з пацієнтів.

Такі результати, представлені власноруч пацієнтами учасниками опитування, засвідчили позитивні зрушення практично за всіма показниками.

Упровадження результатів дослідження в інших закладах охорони здоров'я та національному закладі вищої освіти щодо започаткування концептуальної моделі антикризової політики ЗОЗ підтверджено актами впровадження (Додаток Д).

Таким чином, результати дисертаційного дослідження були широко оприлюднені автором та частково впроваджені в практику роботи закладу охорони здоров'я, де проводилось дослідження, - КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради, та інших закладів охорони здоров'я.

За результатами впровадження проведено експертну оцінку обґрунтованої, розробленої та частково впровадженої концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, що передбачалось завданнями дослідження. Експертна оцінка ефективності була проведена експертною групою чисельністю 20 осіб з використанням спеціально розроблених автором дослідження анкет експертів за п'ятибальною шкалою, за методикою, представленою в розділі 2 дисертаційної роботи. Результати експертної оцінки надані в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Результати експертної оцінки концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ

№	Критерії для оцінки	Серед-ня оцінка в балах (M)	Середньо-квдрати-чне відхилення (σ)	Коефі-цієнт варіації (Cv) (%)
---	---------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

1	2	3	4	5
1	Пацієнт-орієнтованість моделі (мета діяльності – задовольнити різноманітні потреби пацієнта, пов’язані з наданням медичної допомоги – <i>соціальна ефективність моделі</i>)	4,7	0,47	10,0
2	Модель демонструє системність, що дає можливість працювати усім складовим моделі у злагодженій взаємодії- <i>синергетичний ефект моделі</i>	4,75	0,44	9,3
3	Доцільність та необхідність розробки моделі, чи підтвердила свою актуальність за даних умов та з врахуванням існуючих загроз і чинників – <i>управлінська ефективність моделі</i>	4,65	0,49	10,5
4	Запровадження моделі на загальнодержавному рівні для ЗОЗ покращить ефективність використання ресурсів, забезпечить гнучке реагування на загрози і внутрішні та зовнішні чинники – <i>економічна ефективність моделі</i>	4,8	0,41	8,5
5	Модель є комплексною, що передбачає новий етап розвитку корпоративної культури ЗОЗ за рахунок запровадження наукового блоку регулювання, запровадження моніторингу, аналізу, контролю та прогнозу в управлінні ЗОЗ	4,85	0,37	7,6

Джерело: розроблено автором.

Як видно з табл. 5.2, усі позиції, що оцінювались експертами, отримали високі оцінки. Найвищу оцінку експертів ($4,85 \pm 0,37$ балів) отримала модель за критерієм «Модель є комплексною, що передбачає новий етап розвитку корпоративної культури ЗОЗ за рахунок запровадження наукового блоку регулювання, запровадження моніторингу, аналізу, контролю та прогнозу в управлінні ЗОЗ», що засвідчило максимальну підтримку експертами ключового спрямування моделі на

запровадження загального удосконаленого підходу до організації діяльності медичних працівників при виконанні ними професійних обов'язків.

Одна з найвищих оцінок ($4,8 \pm 0,41$ балів) виявлена також за позицією «Запровадження моделі на загально-державному рівні для ЗОЗ покращить ефективність використання ресурсів, забезпечить гнучке реагування на загрози і внутрішні та зовнішні чинники», що вказало на реальність, на думку експертів, запропонованих шляхів підвищення економічної ефективності управління ЗОЗ, яка потребує вдосконалення впродовж тривалого часу, є численні науково обґрунтовані пропозиції з вирішення даної проблеми, але вона все ще залишається невирішеною.

Позиції «Модель демонструє системність, що дає можливість працювати усім складовим моделі у злагодженій взаємодії» (оцінка $4,75 \pm 0,44$ балів) та «Пацієнт-орієнтованість моделі (мета діяльності – задовольнити різноманітні потреби пацієнта, пов'язані з наданням медичної допомоги» (оцінка $4,7 \pm 0,47$ балів) також високо оцінені експертами, що підтвердило їх підтримку авторських розробок, їх актуальність та доречність.

Достатньо високо оцінено експертами ($4,65 \pm 0,49$ балів) Доцільність та необхідність розробки моделі, чи підтвердила свою актуальність за даних умов та з врахуванням існуючих загроз і чинників, як маркер її управлінської ефективності.

Коефіцієнт варіації (Cv) думок експертів, за результатами підрахунків, знаходився в межах 8,5-11,3%, тобто, низьких і середніх, з тяжінням останніх до низьких, значень розкиду, що засвідчило достатньо високу ступінь узгодженості думок висококваліфікованих експертів при оцінці моделі.

Таким чином, розроблена та частково впроваджена в діяльність ЗОЗ концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, за експертною оцінкою, підтвердила свою медичну, соціальну та економічну ефективність та в цілому була високо оцінена й підтримана висококваліфікованими експертами.

Висновки до розділу 5

1. У основу медико-соціального обґрунтування та розробки покладалась позиція Глобального плану дій боротьби з неінфекційними захворюваннями ООН і ВООЗ, рекомендації Європейської комісії, вимоги вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог та результати власного дослідження.

2. Показано, що ключовими інноваційними елементами концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ стали: пацієнт-орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта в медичній допомозі; системність, що дає можливість працювати усім складовим моделі у злагодженій взаємодії, що дає синергетичний ефект моделі; підтримка експертами запровадження моделі на загально державному рівні для ЗОЗ покращить ефективність використання ресурсів, забезпечить гнучке реагування на загрози і внутрішні та зовнішні чинники.

3. Доведено, що системність та комплексність впровадження антикризового управління ЗОЗ потребує узгодженості в діях усіх його учасників відповідно до мети та завдань антикризового управління для відновлення позитивного фінансового та соціального балансу. Заклад охорони здоров'я, як будь-яка організація, є системою, яка має постійно розвиватися та диверсифікуватися відповідно до запитів світу та суспільства.

4. Показано, що запровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ у загальному баченні заходів антикризової політики досліджених КНП ЗОЗ потребує впровадження такої моделі, основу якої складають два блоки: блок кризових явищ, що впливають на заклад охорони здоров'я, та, відповідно, блок антикризового управління, вектори якої спрямовані на захист стану закладу відповідно до рівнів, за якими необхідно проводити цілеспрямоване управління та відповідний моніторинг.

Результати впровадження елементів запропонованої моделі позитивно оцінені пацієнтами, коефіцієнт достовірності t по досліджуваним позиціям коливався в межах 0,7 – 1,9, тобто, в значеннях, менше 2, що засвідчило недостовірну різницю відмінностей отриманих даних. Такі результати, на думку автора, могли бути обумовлені коротким терміном впровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ та чинником впливу війни. Тому впровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ необхідно продовжити, що підтверджується значно кращими показниками ефективності діяльності на основі авторських пропозицій в середніх величинах бальної шкали за всіма визначеними критеріями.

5. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ високо оцінена кваліфікованими експертами за п'ятибальною шкалою (від $4,50 \pm 0,51$ до $4,85 \pm 0,37$ балів) при низьких та середніх коефіцієнтах варіації думок (8,5-11,3%), що підтвердило фактичну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові праці автора [162], [163], [167],[175]

ВИСНОВКИ

1. Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації управління ЗОЗ в кризовому стані, який розпочався з кардинальним реформуванням сфери охорони здоров'я та поглибився з пандемією і дійшов пікового стану в умовах війни, що обумовило проведення дослідження за обраними базами фінансово-економічного, кадрового, матеріально-технічного та нормативно-правового стану діяльності закладів охорони здоров'я, обґрунтування й розробки концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ, впровадження її окремих елементів.

Ідентифіковані та систематизовані ризики, що виникають у закладах охорони здоров'я в умовах реформи і є чинниками кризи, а саме, внутрішні: фінансові (ризики нестачі фінансових ресурсів); кадрові (відсутність компетентних працівників на ринку праці, кваліфікованих кадрів); організаційні; техніко-технологічні (потреба в інноваціях, новому обладнанні та уміннях персоналу проводити такі високотехнологічні маніпуляції як допоміжні репродуктивні технології, складні хірургічні операції, лікування онкозахворювань); зовнішні (міграція кваліфікованого персоналу, недосконалість правового середовища, недостатність фінансування державою, низький рівень розвитку приватного медичного страхування тощо); інституційні. Зовнішні та внутрішні чинники виникнення кризового стану баз дослідження взаємопов'язані. Зміна одного чинника може зумовлювати зміну інших.

2. Результати дослідження фінансового, кадрового, нормативно-правового забезпечення закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження, показали, що протягом 2014-2019 років:

- фінансово-економічний стан закладів характеризується як не стабільний, спостерігається зменшення власних надходжень на 56%, при зростанні витрат в середньому на 20% щокварталу (з урахуванням інфляції та завантаженості на

персонал), а з початком пандемії витрати зросли на 42% в порівнянні до попередніх періодів;

- кадрове забезпечення – коефіцієнт плинності кадрів збільшився на 15%, проте значення коефіцієнта кваліфікованості кадрів у 2019 році досягнуло рівня 94,67%., що характеризує високу якість трудового потенціалу, подальше покращення коефіцієнта забезпечило б стабільність кадрів ЗОЗ проте з появою додаткових ризиків таких як пандемія та війна, коефіцієнт знизився до 85,2%. Досить низьким рівнем характеризується коефіцієнт соціальних витрат – 3,81%.

- нормативно-правове забезпечення - виділено напрямки вдосконалення та розробки нормативно-правового забезпечення закладу охорони здоров'я зі зміни юридичної форми: прийняття Концепції про модель фінансування ЗОЗ, які реформуються та проходять реорганізацію; деталізація механізму реорганізації закладу охорони здоров'я з комунальної у приватну власність; підготовка та затвердження ефективних та реальних для впровадження механізмів у вигляді постанов Уряду, наказів МОЗ України; підготовка постанови, що визначає порядок розрахунку вартості медичних послуг; формування та впровадження вимог до діяльності реорганізованих медичних закладів задля ефективної підзвітності розпорядників коштів за їх використання різним суб'єктам фінансування; нормативне регулювання відповідальності медичних закладів за надані медичні послуги; затвердження нормативного акту, що визначає перелік платних послуг та лікарських засобів; оперативність оновлення існуючих нормативно-правових актів відповідно до практики здійснення реорганізації та автономізації; розробка методичних рекомендацій щодо формування фінансового плану та прогнозування необхідної кількості медичних працівників, структури та ефективності закладу охорони здоров'я; чітко прописати механізми банкрутства лікувальних закладів.

Дослідження показало низький рівень задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою до запровадження елементів концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ і позитивні зрушення після її впровадження. Так, за

даними медико-статистичного аналізу, загальна оцінка ефективності управління ЗОЗ підвищилась з $2,8 \pm 0,6$ до $3,8 \pm 0,6$ балів.

Суттєвий прогрес учасники опитування оцінили за більшістю критеріїв: «наступність та етапність допомоги», значення якого зросли з $2,6 \pm 0,8$ до $3,8 \pm 0,7$ балів, «комунікація з лікуючим лікарем)» – з $2,9 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,7$ балів, «Швидкість реагування на скарги щодо погіршення стану здоров'я» – з $2,3 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів, «Інформативність та якість надання медичної допомоги, консультації» – з $2,8 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів.

За критеріями «Забезпеченість ліками», «Матеріально-технічне забезпечення при наданні медичної допомоги» ~~такеж~~ відмічена позитивна динаміка: з $3,1 \pm 0,5$ до $3,9 \pm 0,7$ балів, з $3,3 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,6$ балів, з $3,1 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,7$ балів відповідно.

3. Дослідженням встановлено наявність певних дієвих елементів в управлінні закладом охорони здоров'я, та відсутність програми подолання кризового стану в закладі охорони здоров'я та моделі антикризового управління з урахуванням зовнішніх чинників. Розроблена подолання кризового стану передбачає: визначення факторів ризику, впровадження підпрограм, моніторинг, аналіз і контроль виконання програми у підсумку та в процесі її реалізації.

4. В антикризовому управлінні ЗОЗ виділено наступні фази: Визначення показників кризового стану; Діагностика актуального стану закладу охорони здоров'я, факторів впливу, загрози економічній безпеці закладу для розробки заходів антикризової політики; Ідентифікація кризового стану чи констатація його відсутності; Обґрунтування завдань антикризової політики, спрямованих на подолання кризового стану, визначення робочої групи виконавців антикризових заходів та відповідальних осіб, створення системи комунікації; Розробка програми антикризової політики закладу охорони здоров'я із зазначенням термінів реалізації заходів; Контроль впровадження та виконання антикризової програми; Проміжна діагностика стану закладу охорони здоров'я із визначенням подальших дій – дотримання програми чи її корегування; Надання пропозицій з превентивних

заходів для запобігання появи кризового стану; Моніторинг виконання наданих превентивних пропозицій.

5. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами концептуальна модель антикризового управління ЗОЗ, ЗОЗ високо оцінена кваліфікованими експертами за п'ятибальною шкалою (від $4,50 \pm 0,51$ до $4,85 \pm 0,37$ балів) при низьких та середніх коефіцієнтах варіації думок (8,5-11,3%), що підтвердило фактичну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

Показано, що ключовими інноваційними елементами концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ стали: пацієнт-орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта в медичній допомозі; системність, що дає можливість працювати усім складовим моделі у злагодженій взаємодії, що дає синергетичний ефект моделі; підтримка експертами запровадження моделі на загально державному рівні для ЗОЗ покращить ефективність використання ресурсів, забезпечить гнучке реагування на загрози і внутрішні та зовнішні чинники.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. Економічний простір. 2019. №150. С. 20–24.
2. Бенько І., Бенько В. Методика аналізу розрахунків у ЗОЗах. *Економічний аналіз*. 2010. № 5. С. 53-55.
3. Болюх М., Заросило А. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ: навчальний посібник. Київ : КНЕУ, 2008. 344с.
4. Биртанов Е. А. Пути развития частного здравоохранения (мировой опыт) [Электронный ресурс] / Е. А. Биртанов. - Режим доступа : http://www.rusnauka.com/5_PNW_2010/Economics/58673.doc.htm.
5. Бакай А. Є. Підготовка медичних кадрів для роботи в надзвичайних ситуаціях: міжнародний досвід. URL: <http://ir.nmapo.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/4700/1/Тези-макет2017.pdf> (дата звернення 07.11.19)
6. Балабанова Л. В., Сардак О.В. Управління персоналом: підручник. К. : Центр учб. л-ри, 2011. 468 с.
7. Балабанова Л. В., Стельмашенко О. В. Стратегічне управління персоналом підприємства в умовах ринкової економіки: монографія. Донецьк: Вид-во ДонНУЕТ ім. М. Туган-Барановського, 2010. 229 с
8. Бідюк П.І. Діагностування кризи як складова організаційно-економічного механізму реструктуризації. П.І.Бідюк, О.С.Омельченко. Бізнес Інформ. – 2011. – № 10. – С. 72-76.
9. Борох Ю.О. Складові антикризового управління підприємством. Ю.О.Борох. Економіка розвитку. – 2012. – № 4. – С.74-78.
10. Володимир Зеленський підписав закон щодо збільшення видатків на закупівлю кисневих станцій для лікарень, що надають допомогу хворим на COVID-19. President.gov.ua. 2021. URL: <https://www.president.gov.ua/news/volodimir-zelenskij-pidpisav-vidatki-71449>

11. Вакцинація від коронавірусу в Україні. Мінфін. 2023. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/vaccination/ukraine/>
12. Ведерніков М. Д., Волянська-Савчук Л. В., Клімас В. А., Конопко А. Ю. Розвиток сучасних HR-технологій як ключового елементу у системі управління персоналом. *Збірник наукових праць ЧДТУ. Серія: Економічні науки*. 2020. №56. С. 132–140.
13. Волянська-Савчук Л. В., Царук В. Ю. Використання сучасних комп'ютерних та інформаційних технологій в розвитку корпоративної культури на підприємстві. *Бізнес-навігатор: наук.-вироб. журн.* 2018. № 2 (45). С. 189–196
14. Ведерніков М.Д., Чернушкіна О.О., Мантур-Чубата О.С. Особливості управлінської праці на підприємствах в галузі охорони здоров'я. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління. Сер.: Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика*. 2018. №3 (14). С. 271–277
15. Вербець В. В. Соціологія. Навчальний посібник/ В. В. Вербець, О. А. Субот, Т. А. Христюк — К.: КОНДОР, 2009. — 550 с.
16. Ветрова Н.М. Про концептуальний підхід до формування інструментарію економічної діагностики / Н.М.Ветрова, Н.В.Кузьміна // Вісник соціально-економічних досліджень. – 2011. – № 41. – С. 16-20.
17. Ветоха Н. Ю. Стратегія фінансування закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Івано-Франківський навчально-науковий інститут менеджменту ТНЕУ, С.113-117. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33220/1/Сабецька%20Т.І.%2С%20Ветоха%20Н.Ю..pdf> (дата звернення 07.11.19)
18. Вовк В. М., Кістер А. Моделювання стратегії формування витрат у польських лікарнях у контексті інституціоналізації. Вісник НУВГП, Серія «Економічні науки» Випуск 2 (74) 2016 р., С. 39-56.
19. Впровадження інновацій на промислових підприємствах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua>.

20. Волошка Л. Захистити бійця невидимого фронту: як медики опинилися без грошей під час пандемії і при чому тут політика. Новинарня. 2020. URL: <https://novynarnia.com/2020/05/06/no-money/>

21. Вашева О.Є., Вашева А.О., Іванова Л.А. Сучасні тенденції політики змін надання медичної допомоги в країнах ЄС. Публічне управління XXI століття: традиції та інновації : зб. тез XVII Міжнар. наук. конгресу, 27 квітня 2017 р. Харків : Магістр, 2017. С. 295–298.

22. Вимоги ПМГ 2020. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020> (дата звернення: 29.07.2022).

23. Вимоги ПМГ 2021. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 29.07.2022).

24. Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій 2021. Національна служба здоров'я України, 2021. 102 с. URL: <https://www.medsprava.com.ua/files/news-medsprava/3691/pmg-booklet.pdf> (дата звернення: 29.07.2022).

25. Горачук В.В., Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. та ін. (2016) Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу у закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України. Сімейна медицина, 5(67): 118–125.

26. Гомон Д. О. Проблеми фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Південноукраїнський правовий часопис. 2014. №3(40). С.124-126

27. Гончарук С.М.. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. Бізнес інформ. 2016. №1. Ст. 190-194

28. Гавриш Т. Боротьба з коронавірусом: як медзакладам вижити під час пандемії. Mind. 2020. URL: <https://mind.ua/openmind/20209634-borotba-z-koronavirusom-yak-medzakladam-vizhiti-pid-chas-pandemiyi>

29. Громади протидіють COVID-19 (добірка 41). Асоціація міст України. 2020. URL: <https://www.auc.org.ua/novyna/gromady-covid-19-dobirka-41>

30. Державна служба статистики України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

31. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здорово охоронної сфери) / В. В. Дудка // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». - 2012. - № 1. - Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4.

32. Дослідження мотивів звернень зайнятого населення за медичною допомогою: само зберігаючий аспект / І. В. Заюков // Економіка. – Випуск 6(34). – 2017. – с. 70-78.

33. Допоміжний (сателітний) рахунок охорони здоров'я в Україні у 2017 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>

34. Думенко Т. Якість медичної допомоги: що змінилося з пандемією COVID-19. Українська правда. 2021. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/04/21/244637/>

35. Думки і погляди населення України щодо охорони здоров'я та інших питань: березень 2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://sau.in.ua/research/dumky-i-poglyady-zdorovya-ta-inshyh-pytan-berezen-2019/>

36. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. 424 с.

37. Еш С.М. Система антикризового управління та методологічні підходи до її формування / С.М.Еш // Вісник Житомирського державного технологічного університету. Економічні науки. – 2012. – № 1. Ч. 2. – С. 103-107.

38. Жилка Н. Я. Рівень задоволеності та інформованості населення щодо послуг лікаря загальної практики – сімейного лікаря (інтернетопитування) / Н. Я.

Жилка, А. В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – Випуск 4. – с. 66-69. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN_2015.

39. Жданов В.В. Антикризова діагностика організації. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. – 2011. – № 4. – С. 92-96.

40. Журлов А.М. Антикризова політика в умовах глобалізації світового господарства. А.М. Журлов, Н.Ю. Коровайченко. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. – 2012. – № 5. – С. 84-88.

41. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами ЗОЗ [текст]: монографія. В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.

42. Зюзін В.О. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я та українські реалії. Науковий погляд: економіка та управління. 2019. №3 (65). С. 219–227

43. Звітні дані (фінансово-економічна звітність, звіти з праці, кадрових питань та статистичні звіти) надані КНП Чернігівська обласна лікарня за період 2015-2022рр. В кількості 320 од.

44. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Ligazakon. 1996. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/Z960254K?an=1>

45. Князьков С. Г. Інструментарій соціологічного вивчення компетенцій фармпрацівників у кроснаціональному вимірі. С. Г. Князьков. Вісник Львів. ун-ту. Серія соціологія. – 2018. – Випуск 12. – с. 16–31.

46. Колинько А., Дуганов М., Петухов Р., Калашников К. Методы финансового анализа эффективности здравоохранения. *Финансы*. 2018. № 12. С. 14-26.

47. Кондратюк І. Аналіз запасів бюджетної установи за даними форм фінансової звітності. *Економічний аналіз*. 2013. № 12, Ч 2. С. 242-245.

48. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). Режим доступу: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/11.pdf>

49. Король А.В. Аналіз досвіду державного управління наданням екстреної медичної допомоги у республіці Польща та можливість його використання в Україні. *Pressing problems of public administration* 1(55)/2019, С.175-179.

50. Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины / Д. Куренкова [Электронный ресурс]. - Деловой информационно-новостной сайт «Дело». - 12 мая 2015. - Режим доступа : http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy296354/?supdated_new=1445966974.23.

51. Кириленко О. Три місяці щеплень позаду. Чи стає Україна ближчою до колективного імунітету від коронавірусу? *Українська правда*. 2021. URL: <https://www.pravda.com.ua/articles/2021/06/2/7295702/>

52. Кузьмук О., Любчук В. Соціологи про життя в умовах карантину. *Волинський національний університет імені Лесі Українки*. 2021. URL: <https://vnu.edu.ua/uk/articles/sociologi-pro-zhittya-v-umovah-karantinu>

53. Кирич Н.Б. Антикризова стратегія – умова стабільного розвитку підприємства // Н.Б. Кирич, Н.Є. Юрик // *Сталий розвиток економіки*. – 2010. – № 3. – С. 57-62.

54. Коюда В.О. Антикризова програма – основа системи антикризового управління підприємством / В.О. Коюда, О.М. Костіна // *Бизнес Информ*. – 2009. – № 12. – С. 47-49.

55. Круш П.В. Умови та критерії застосування антикризової стратегії на промислових підприємствах / П.В. Круш, А.Ю. Погребняк // *Економічний вісник НТУУ «КПІ»*. – 2012. – http://archive.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/evkpi/2012/5EP/32.pdf.

56. Кузьмін О. Експрес-діагностика загрози банкрутства підприємства на засадах використання теорії нечітких множин / О. Кузьмін, О. Мельник, О. Муқан // Ефективність державного управління. – 2011. – Вип. 26. – С. 283-295.

57. Лашкул З. В. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики / З. В. Лашкул, В. Л. Курочка. Запорозж. мед. журн. – 2014. – Випуск 3. – с. 23-25.

58. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник НТУ «ХПІ»*. 2016. № 2 (1174). С. 108-112.

59. Лепський В.В. Програмно-портфельне управління закладом охорони здоров'я. *Управління проектами стан та перспективи* : матеріали 12 Міжнародної науково-практичної конференції. Миколаїв: НУК, 2016. С.47-48.

60. Лехан В. М. Порівняльний аналіз підходів до розвитку первинної медичної допомоги в країнах Європи та в Україні / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек, С. С. Росточило // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 4. - С. 149–161.

61. Медичні кадри та мережа ЗОЗ системи МОЗ України за 2017–2018 роки. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdov.html>.

62. Михальчук В.М., Толстанов О.К., Стратій К.В. (Щиріна) Логістика у сфері медичних послуг, як захід антикризового управління ЗОЗ Актуальні питання управління і організації охорони здоров'я: шляхи реформування, проблеми та перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 24-25 жовтня 2019р.) / за заг. ред. Б.С. Федака. –Х.: ХМАПО, 2019. –101с. – С. 21 – 27

63. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М. М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.

64. Матюха Л. Аналіз результатів соціологічного дослідження з оцінки доступності і повноти первинної медичної допомоги, що надається лікарями первинної ланки / Л. Матюха, Л. Хімюон, В. Бурма, О. Маяцька, Н. Король // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Випуск 23 (1). – 2014. – с. 467-477.

65. Методичні рекомендації для державних та комунальних ЗОЗ для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>.

66. Музика Т. Ф. Розробка методичних засад з удосконалення організаційно-економічних схем фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів / Т. Ф. Музика // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2013. - № 3. - С. 129-131.

67. Маковоз О.В., Глазкова А.С. Теоретико-методологічна сутність кризових явищ в розвитку економічних систем. Вісник економіки транспорту і промисловості. 2012. No 38. С. 271—273. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN.pdf

68. Майже 40 тисяч українців захворіло на кір з початку року. 2019. URL: <https://phc.org.ua/news/mayzhe-40-000-ukrainciv-zakhvorilo-na-kir>

69. Михальчук В.М., Гбур З.В., Щиріна К.В., Черненко О.О. Соціологічне дослідження ефективності роботи багатoproфільної приватної клініки Український медичний часопис НАПО імені Шупика www.umj.com.ua | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (134), Т. 2 – XI/XII 2019

70. Михальчук В.М., Щиріна К.В. Оптимізація роботи багатoproфільного закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 28

квітня 2022 року. – Житомир: Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна», 2022. - 175 с. – С.138-140

71. Наказ МОЗ України від 24.02.2022 № 374 "Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії РФ проти України". Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22>

72. Наказ МОЗ України №507 від 20.03.2022 «Про внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24 лютого 2022 року № 374». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0507282-22#Text>

73. Новальська Н., Згалат-Лозинська Л. Аналіз діяльності ЗОЗ. Міжрегіональна академія управління персоналом. Київ : ДП Видавничий дім «Персонал», 2018. 45 с.

74. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 років. м.Київ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [Strategiya_UKR.pdf \(healthsag.org.ua\)](http://healthsag.org.ua/Strategiya_UKR.pdf).

75. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11>.

76. Новіков В. Соціальні наслідки Євроінтеграції України. Система охорони здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>.

77. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / З.О. Надюк ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 436 с.

78. Найда І. Проблеми охорони здоров'я України у 2020 році і завдання на 2021 рік. Українські медичні вісті. 2021. т.13 (86). URL: <https://umv.com.ua/problemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini-u-2020-r-i-zavdannya-na-2021-r/>

79. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» / № 3 (56), Київ. - 2019./ Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К., Щиріна К.В. Заходи з виконання основних завдань шкірно-венерологічного диспансеру та результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічних показників діяльності. – 122с. – С.11 – 15.

80. Організація соціологічних опитувань пацієнтів / їх представників і медичного персоналу у закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України. – Сімейна медицина. – Випуск 5(67). – 2016. – с. 118-125.

81. Онишко С.В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / С.В. Онишко, Ю.В. Шевчук // Інтелект ХХІ. – 2016. – № 5. – С.158–162.

82. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. Ред. кол. Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко. Д.: РВВ ДНУ, 2012. 64 с.

83. Оглобліна В.О. Теоретичні засади антикризового управління / В.О. Оглобліна // Держава та регіони. Економіка та підприємництво. – 2012. – № 1. – С. 31-35.

84. Омельченко О.С. Оптимізація фінансування напрямів діяльності підприємства при реструктуризації / О.С. Омельченко // Бізнес Інформ. – 2011. – № 9. – С. 123-128.

85. Особливості менеджменту організації, їх адаптивної політики в умовах змін. О.Р.Савченко, Н.О. Машта, О.Ю. Поліщук. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/mer.2022.95-96.08>

86. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. Відомості Верховної Ради України 1993, № 4 зі змінами та доповненнями від 09.08.2023. Електронний ресурс. Режим доступу: [Основи законодавства Україн... | від 19.11.1992 № 2801-XII \(rada.gov.ua\)](#)

87. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII у редакції Закону № 901- VIII від 23.12.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

88. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#n8> (дата звернення: 29.07.2022). 189. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446, редакція від 15.04.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

89. Про затвердження Положення про групи експертів МОЗ України: наказ МОЗ України від 21.03.2017 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0488-17> (дата звернення: 29.07.2022).

90. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.05.2018 № 981. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf (дата звернення: 29.07.2022).

91. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні: Закон України від 15.04.2016 р. № 4456. Ligazakon. 2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0088928-21#Text>

92. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. Яремко І.І. Режим доступу: <http://orcid.org/0000-0001-9772-6817>

93. Панасенко О.В. Модель діагностики загрози банкрутства підприємств / О.В. Панасенко // Бизнес Информ. – 2010. – № 4. – С. 69-73.

94. Приб К.А. Формування антикризової програми сільськогосподарського підприємства / К.А. Приб // Економічний простір. – 2012. – № 63. – С. 280-288.

95. Прохорова В.В. Інноваційні перетворення як структурний елемент антикризового управління підприємством / В.В. Прохорова, В.І. Ярмолюк // Экономика и управление. – 2013. – № 2. – С. 28-33.

96. Прогноз розвитку епідемії COVID-19 в Україні на 23 лютого – 8 березня 2022 року («Прогноз РГ-62»). НАН України. 2022. URL: <https://www.nas.gov.ua/UA/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=8716>

97. Про удосконалення медичної допомоги хворим дерматовенерологічного профілю та лепрою URL: http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs.pdf

98. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні: Закон України від 15.04.2016 р. № 4456. Ligazakon. 2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0088928-21#Text>

99. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. URL: http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/25375/1/Stattya_Petrushka%202017.pdf

100. Пашков В.М. (2018) Це солодке слово «реформа»: перспективи андеграунду охорони здоров'я. Еженедельник АПТЕКА, № 6 (1127), с. 10—11.

101. Пашутин В.В. (2019) Симулякри в праві: запрошення до дискусії. Правовий часопис Донбасу, № 1 (66), с. 25—32.

102. Пашков В.М. (2018) Історія вакцинації: правовий нігілізм та медичний... Еженедельник АПТЕКА, №12 (1133), с.10—11.

103. Рентабельність операційної діяльності підприємств за видами промислової діяльності [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua>.

104. Рудик О.Р. Антикризова діагностика суб'єктів господарювання в економіці України / О.Р. Рудик // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Економіка. – 2013. – Вип. 21. – С. 262-265

105. Рогова О.Г. (2006) Право на життя в системі прав людини: Автореф. дис. ... канд. юр. наук: 12.00.01. Харків, 20 с.

106. Рудий В.М. (2005) Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Сфера, Київ, 272 с.

107. Результати соціологічного опитування пацієнтів комунальних та приватних консультативно-діагностичних центрів м. Києва / О. К. Толстанов, В. М. Михальчук, В. В. Кравченко // Зб. наук. прац. співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Випуск 27. – 2017. – с. 340-351.

108. Робота ЗОЗ в умовах воєнного стану. Режим доступу: <https://www.medsprava.com.ua/news/5152-robota-zoz-v-umovah-vonnogostanu>

109. Розпорядження КМУ «Про затвердження Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 року № 1013

110. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління ЗОЗ в умовах ринку. Ефективна економіка. 2020. № 5. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>

111. Сазонець І.Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.12.2

112. Савчук О. В. Соціологічне дослідження як елемент інформаційної бази для оптимізації діяльності стоматологічних закладів // Вісник проблем біології і медицини. – Випуск 3. – 2014. – с. 87-91.

113. Савчук О. В. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню за матеріалами соціологічного дослідження / О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – Випуск 23(3). – с. 143-150. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23\(3\)_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23(3)_20).

114. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 03.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 17.01.2022).

115. Про протидію поширенню хвороб, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 № 1972-XII. Дата оновлення: 16.10.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

116. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII. Дата оновлення: 03.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>

117. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. Дата оновлення: 29.07.2022. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1993, № 4, ст. 19. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/150853_704372

118. Сибурина Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно-стратегической модели развития. *Менеджмент и бизнесадминистрирование*. 2007. №1. С. 95-107.

119. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 17 «Рак в Україні, 2014-2015». Національний інститут раку. Київ, 2016. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm#rubriki

120. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 21 «Рак в Україні, 2018-2019». Національний інститут раку. Київ, 2020. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm

121. Серікова Т. Є. Технологічна складова розвитку сучасної української медицини: управлінські аспекти / Т. Є. Серікова // Сучасні суспільні проблеми у вимірі соціології управління: збірник наукових праць ДонДУУ. – 2014. – с. 137-143.

122. Сливка Л. В. Соціологія та медична соціологія. Навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів

акредитації / Л. В. Сливка, І. Я. Сасс, за редакцією професора В. А. Качкана – Івано-Франківськ, 2012. –125 с.

123. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 16. 88 с. DOI: 10.32702/2306 6814.2021.16.86

124. Соціологія. Підручник. /За редакцією професора М. П. Требіна. – Харків: Видавництво «Право», 2010. – 217с.

125. Статистичний щорічник України за 2019 рік / за ред.О.Г. Осауленка. – Київ: ТОВ «Август Трейд», 2019. –560 с.

126. Співак М.В. Сучасний стан і проблеми внутрішньої політики охорони здоров'я України. Актуальні проблеми політики. 2015. Вип.54. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/1040/Spivak%20Suchasniy%20stan%20i%20problemy%20politiky%20OZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

127. Сабецька Т. Проблеми фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2021. №27. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-27-54>

128. Ткаченко А.М. Антикризове управління як один з напрямів підвищення ефективності діяльності підприємства / А.М. Ткаченко, С.В. Телін // Економічний вісник Донбасу. – 2010. – № 3. – С. 122-124.

129. Ткачова Н.М. Логістичні підходи до формування стратегії антикризового розвитку / Н.М. Ткачова, С.В. Денісова // Логістика: теорія та практика. – 2012. – № 2. – С. 192-195.

130. Толстанов О.К., Щиріна К.В. Методи дослідження оптимізації роботи ЗОЗ Conceptual options for the development of medical science and education : Collective monograph. Riga : Izdevniecība “Baltija Publishing”, 2020. 688 p. – P. 591 – 608

131. Толстанов О.К., Щиріна К.В., Черненко О.О. Підходи до оптимізації роботи ЗОЗ The 1st International scientific and practical conference “Topical issues in

pharmacy and medical sciences” October 21-22, 2019) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2019. 183 p. – С. 109 – 118.

132. Указ Президента України від 24 лютого 2022 року 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#Text>

133. Урсол Г. М. Приватний сектор системи охорони здоров'я - активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області / Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, О. М. Василенко // Буковинський медичний вісник. - 2014. - Т. 18, № 4 (72). - С. 177-181.

134. Веб-сторінка МОЗ України https://web.archive.org/web/20100823055343/http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_icd10/

135. Хуторна К. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. Mind. 2022. URL: <https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya>

136. Хандій О.О. Антикризіві інструменти управління підприємством: практичні аспекти реалізації. Маркетинг і менеджмент інновацій. – 2012. – № 4. – С. 186-192.

137. Харитонюк Р. О. Медико-соціальне обґрунтування концепції оптимізації медичної допомоги інфекційним хворим на регіональному рівні: автореф. диссер. на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, 14.02.03 – соціальна медицина. Київ – 2014. – 25 с.

138. Чи змінилися зарплати українських лікарів під час пандемії (інфографіка). Finance.ua. 2021. URL: <https://news.finance.ua/ua/news/-/486713/chy-zminylasya-zarplaty-ukrayinskyh-likariv-pandemiyi-infografika>

139. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладами охорони здоров'я. Держава та регіони. 2019. № 3 (108). С.161-165.

140. Сумець С.В., Середенко В.Г. реінжиніринг бізнес-процесів як фактор підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. URL:<http://eprints.kname.edu.ua/57946/1/%D0%A7.%201-86-87.pdf>

141. Федоренко В. Г. Менеджмент: підручник / Федоренко В. Г. – 3- те вид., переробл. і доповн. – К.: Алерта, 2015. – 492 с.

142. Чурпій І, Чурпій Н, Чурпій К. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в сучасних реаліях. Scientific and practical journal № 4(2(14)). 2021. С. 121-125. URL: <https://art-ofmedicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/500>

143. Шавшин О.С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства. Інтернаука. 2017. № 3(25). С. 167–171

144. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. - 2016. - Вип. 6(2). - С. 9-13. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6%282%29__3

145. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я // Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. P. 28–31

146. Штаба Л. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. URL:http://elartu.tntu.edu.Ua/bitstream/123456789/18630/2/ГЕВ_2016v50nl_Lishtaba_L-Personnel_management_as_163-169.pd

147. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116–121. 15. 81

148. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. С. 116–120.

149. Яремко І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку № 2 (6), 2021. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2021/nov/25522/nzmened-127-139.pdf>

150. Шевченко, М. В. Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Харків – 2016. – 45 с.

151. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я". Аналітична записка URL: <http://old2.niss.gov.ua/articles/480/>

152. Шершньова З.Є. Антикризова програма підприємства: методичні основи розробки та організація виконання / З.Є. Шершньова // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2010. – № 2, Т. 1. – С. 140-144.

153. Шипуліна Ю.С. Сучасні підходи до інтенсифікації інноваційного розвитку промислових підприємств: теоретичний огляд / Ю.С. Шипуліна // Маркетинг і менеджмент інновацій. – 2012. – № 3. – С. 128-140.

154. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. К., 2009. С. 33–54.

155. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. К., 2011. С. 40.

156. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Черненко О.О. Соціологічне дослідження ефективності роботи багатопрофільної приватної клініки Український медичний часопис НАПО імені Шупика www.umj.com.ua | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (134), Т. 2 – XI/XII 2019

157. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Черненко О.О. Мультидисциплінарний підхід до оптимізації роботи приватної багатoproфільної клініки. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4 (82)

158. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» / № 3 (56), Київ. - 2019./ Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К., Заходи з виконання основних завдань шкірно-венерологічного диспансеру та результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічних показників діяльності. – 122с. – С.11 – 15.

159. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Методи дослідження оптимізації роботи ЗОЗ Conceptual options for the development of medical science and education : Collective monograph. Riga : Izdevniecība “Baltija Publishing”, 2020. 688 p. – P. 591 – 608

160. Щиріна К.В. Ретроспективний аналіз фінансово-економічного стану Шкірно-венерологічного диспансеру Деснянського району №2 м. Києва. Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur. Book 1. Part 2 / [team of authors: Avrunin O.G., Denga O.V., Hbur Z.V., Malenko S.A., Ovcharuk V.A., Polenova G.T. and etc.]. – Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020 – 192 p. – P 21 – 29..

161. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Основні теоретико-методологічні підходи до управління ЗОЗ в умовах кризи. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 1 (1) 2020, м.Київ.

162. Щиріна К.В., Гбур З.В. Механізм проведення експертного опитування з метою отримання експертної оцінки щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 2 (2) 2020, м.Київ.

163. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства.

Инновационная наука, образование, производство и транспорт: техника и технологии, информатика, транспорт, архитектура, химия, медицина, сельское хозяйство. Книга 3. Часть 1: серия монографий / [авт.кол. : С.В. Выдыборец, З.В. Гбур, Н.В. Горяинова, Е.В. Кучер, И.Я. Львович и др.]. – Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2020 – 172 с. : ил., табл. – (Серия «Инновационная наука, образование, производство и транспорт» ; №3). ISBN 978-617-7880-10-2

164. Михальчук В.М., Толстанов О.К., Стратій К.В. (Щиріна) Логістика у сфері медичних послуг, як захід антикризового управління ЗОЗ Актуальні питання управління і організації охорони здоров'я: шляхи реформування, проблеми та перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 24-25 жовтня 2019р.) / за заг. ред. Б.С. Федака. –Х.: ХМАПО, 2019. –101с. – С. 21 – 27

165. Толстанов О.К., Щиріна К.В., Черненко О.О. Підходи до оптимізації роботи ЗОЗ The 1st International scientific and practical conference “Topical issues in pharmacy and medical sciences” October 21-22, 2019) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2019. 183 p. – С. 109 – 118.

166. Щиріна К.В., Толстанов О.К., Гбур З.В. Ризики що спричиняють виникнення кризи ЗОЗ в умовах його переходу з комунальної у приватну власність Центр наукових досліджень «Solution» (Київ, Україна), Видавництво Skleněný Můstek (Карлові Вари, Чехія). – VI Міжнародна науково-практична конференція «Discovery Science» м. Київ, м. Карлові Вари, 6 грудня 2019 р.

167. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Толстанов О.К. Основні аспекти ефективного реформування шкірно-венерологічного диспансеру. Інноваційні наукові дослідження: світові тенденції та регіональний аспект, м. Запоріжжя, 29-30 листопада 2019р. – 120с. – С.92 – 96.

168. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Аналіз деяких показників системи охорони здоров'я України за 2000 – 2017рр. Весняні наукові читання – 2020, ХЛІ Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 10 березня 2020 року. – Ч.7, с.60. – С. 53 – 57.

169. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Ретроспективний аналіз фінансово-економічної діяльності багатопрофільної КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради за показниками 2014 – 2019 рр. Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24 – 25 квітня 2020 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2020. – 132с. – С. 96 – 102.

170. Щиріна К.В. Вплив кадрової політики на фінансову стабільність в Чернігівській обласній клінічній лікарні. Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку: Матеріали першої Міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, м.Братислава, 07 вересня 2020 року.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020, 192с. – С.102-107

171. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства. Щорічний науково-практичний Симпозіум «Інноваційна наука, освіта, виробництво і транспорт» 17 – 18 грудня 2020 року, Болгарія., в дистанційному режимі.

172. Щиріна К.В., Толстанов О.К., Михальчук В.М., Гбур З.В., Зарубіжний досвід антикризового управління ЗОЗ. ІХ Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 16-18 вересня 2020р. – с.84. – С. 16-18

173. Щиріна К.В., Стовбан М.П., Оцінка ефективності діяльності лікарні в межах госпітального округу. Взаємодія ЗОЗ в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти : матеріали науковопрактичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.) / Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. — Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. — 100 с. – С.45-49

174. Щиріна К.В., Михальчук В.М. Оптимізація роботи багатопрофільного закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 28 квітня 2022 року. – Житомир: Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна», 2022. - 175 с. – С.138-140

175. Щиріна К.В., Михальчук В.М. Механізм проведення експертного опитування щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. «Чорноморські наукові студії»: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції, м. Одеса, 24 червня 2022 року. – Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2022. – 392 с.- С.300-304

176. Щиріна К.В., Михальчук В.М. Взаємозв'язок кадрової політики та фінансової стабільності в обласній клінічній лікарні. Пріоритетні напрями розвитку наукового простору. Матеріали науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 25-26 березня 2022 р.). – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2022. – 100 с. – С.71-75.

177. Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». №2(47)2022. UDC 614.2 DOI: 10.15587/2519-4798.2022.256383. Katherine Shchyryna, Svitlana Koshova, Oksana Parkhomenko-Kutsevil. FOREIGN EXPERIENCE OF ANTI-CRISIS MANAGEMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS. Посилання на електронний ресурс [Стаття_медичне видання_польща_Щиріна,Кошова,Пархоменко-Куцевіл.pdf](#)

178. Яришко О., Ткаченко Є. Фінансовий аналіз діяльності бюджетної організації. *Вісник Запорізького національного університету : Економічні науки. Запоріжжя: ЗНУ. 2008. № 1. С. 174-180.*

179. Як пандемія COVID-19 стимулює впровадження нових медичних технологій. Українська правда. 2020. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/12/24>

180. Domestic private health expenditure (PVT-D) as percentage of current health expenditure (CHE) (%).URL:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDCHESHA2011?lang=en>

181. Prokopenko O., Shcherbachenko V., & Kulibaba V. Health care anti-crisis management issues in the reality of the covid-19 pandemic. *Health Economics and Management Review*, 2020, 1(2), 16-23. DOI: <https://doi.org/10.21272/hem.2020.2-02>

182. Pisano G. P., Sadun R., Zanini M. Lessons from Italy's response to corona virus. *Harvard Business Review*. 2020. Vol. 27, March.

183. Onder G., Rezza G., Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID19 in Italy. *Jama*. 2020. Vol. 323 No. 18, Pp. 1775-1776.

184. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%).URL:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>

185. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). URL:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011?lang=en>

186. Current health expenditure (CHE) per capita in PPP. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcPPPSHA2011?lang=en>

187. Current health expenditure (CHE) per capita in US\$. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en>

188. Kister A. Organizational changes propositions in hospitals based on diagnosis of medical staff knowledge / A. Kister, T. Kwit. – Croatia, Zadar : International Conference MakeLearn, 2013. – [Źródło elektroniczne]. – Dostęp. URL: <http://www.toknowpress.net/ISBN/978-961-6914-02-4/MakeLearn2013>

189. Medical doctors. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en

190. Mohammed A. Y. Alshrafi Державне антикризове управління медичною галуззю. Економіка і управління медичною галуззю. № 2(22), 2016, с. 34-43.

191. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID19 outbreak. *Journal of Medical Ethics*. 2020. Vol. 46 No. 6. Pp. 364-366.

192. World Health Organisation. An Unprecedented Challenge Italy's First Response to COVID19. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020.

193. Fanelli S., Lanza G., Francesconi A., Zangrandi A. Facing the pandemic: the Italian experience from health management experts' perspective. *American Review of Public Administration*. 2020. Vol. 50 Nos 6-7. Pp. 753-761.

194. Ingram A. E., Hertelendy A. J., Molloy M. S., Ciottone G. R. State preparedness for crisis standards of care in the United States: implications for emergency management. *Prehospital and disaster medicine*. 2021. № 36(1). Pp. 1-3.

195. Roßmann K., Großmann G., Frangoulidis D., Clasen R., Münch M., Hasenknopf M., Drewes J. E. Innovatives SARS-CoV-2-Krisenmanagement im öffentlichen Gesundheitswesen: Corona-Dashboard und Abwasserfrühwarnsystem am Beispiel Berchtesgadener Land. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2022. № 65(3). 367 p.

196. Keys to Effective Healthcare Crisis Management. URL: <https://online.maryville.edu/blog/healthcare-crisis/>

197. Nursing and midwifery personnel. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0040?lang=en

198. Stockley R.A. Relationship of sputum color to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest*. 2000. №117. P. 1638-1645.

199. Shomnykova, A. (2017). Foreign experience of organization and planning of medical services' market infrastructure. Scientific Papers of the Legislation Institute of the Verkhovna Rada of Ukraine, (5), 95-104. URL: <https://instzak.com/index.php/journal/article/view/68>

200. Tageldin M. A. Distribution of COPD-related symptoms in the Middle East and North Africa: results of the BREATHE study / M. A. Tageldin, S. Nafti, J. A. Khan [et al.] // *Respir. Med.* – 2012. – Vol. 106. – Suppl. 2. – P. 25 – 32.

201. Vanfleteren L. E. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Maastricht, the Netherlands / L. E. Vanfleteren, F. M. Franssen, G. Wesseling, E. F. Wouters // *Respir. Med.* – 2012. – Vol. 106. – № 6. – P. 871 – 874.

202. Vogelmeier C. F. Efficacy and safety of once-daily QVA149 compared with twice-daily salmeterolfluticasone in patients with chronic obstructive pulmonary disease (ILLUMINATE): a randomised, double-blind, parallel group study / C. F. Vogelmeier, E. D. Bateman, J. Pallante [et al.] // *Lancet Respir Med.* – 2013. – № 1. – P. 51 – 60.

203. Vogelmeier C. Efficacy and safety of aclidinium/formoterol versus salmeterol/fluticasone: a phase 3 COPD study / C. Vogelmeier, P. L. Paggiaro, J. Dorca [et al.] // *Eur Respir J.* – 2016. – № 48. – P. 1030 – 1039.

204. Wagener A. Toward Composite Molecular Signatures in the Phenotyping of Asthma [Text] / Wagener [et al.] // *Ann Am Thorac Soc.* – 2013. – Vol. 10. – P. 197 – 205.

205. Watz H. Blood eosinophil count and exacerbations in severe chronic obstructive pulmonary disease after withdrawal of inhaled corticosteroids: a post-hoc analysis of the WISDOM trial / H. Watz, K. Tetzlaff, E. F. Wouters [et al.] // *Lancet Respir Med.* – 2016. – Vol. 4. – P. 390 – 398.

206. Wedzicha J. A. Indacaterol–glycopyrronium versus salmeterol–fluticasone for COPD / J. A. Wedzicha, D. Banerji, K. R. Chapman [et al.] // *N Engl J Med.* – 2016. – Vol. 374. – P. 2222 – 2234.

207. Wedzicha J. A. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/ fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2008. №177. P. 19–26.

208. Xu W. Negative impacts of unreported COPD exacerbations on health-related quality of life at 1 year // W. Xu, J. P. Collet, S, Shapiro [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2010. – Vol. 35. – № 5. – P. 1022 – 1030.

209. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19). *China CDC Weekly*. 2020. V. 2. № 8. P. 113-22

210. Prokopenko O., Shcherbachenko V., & Kulibaba V. Health care anti-crisis management issues in the reality of the covid-19 pandemic. *Health Economics and Management Review*, 2020, 1(2), 16-23. DOI: <https://doi.org/10.21272/hem.2020.2-02>

211. Yoo K. H. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Korea: the fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2008. // K. H. Yoo, Y. S. Kim, S. S. Sheen [et al.] // *Respirology*. – 2011. – Vol. 16. – № 4. – P. 659 – 665.

212. Adler P, Kwon S, Hecksher C. Professional work: the emergence of collaborative community. *Organ Sci.* 2008. № 19(2). P. 359–376.

213. . Ashworth R, Ferlie E, Hammerschmid G, Jae Moon M, Reay T. Theorizing contemporary public management: International and comparative perspectives // *Br J Manag.* 2013. № 24. P. 1–7.

214. Brunsson N, Sahlin-Andersson K. Constructing organizations: The example of public sector reform // *Organ Stud.* 2002. № 21(4). P. 721–746.

215. Currie G, Grubnic S, Hodges R. Leadership in public services networks: antecedents, process and outcome. *Public Adm.* 2011. № 89(2). P. 242–264.

216. Glouberman S, Mintzberg M. Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Manag Rev.* 2001. № 26(1). P. 56–69

217. Ham C, Clark J, Spurgeon J. *Medical Leadership: From Dark Side to Centre Stage*. London: The King's Fund; 2011. 314 p.

218. Ham C., Dickinson H. *Engaging Doctors in Leadership: What Can We Learn from International Experience and Research Evidence?* London: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2008. 212 p.

219. Kirkpatrick I, Bullinger B, Lega F, Dent M. The Translation of Hospital Management Models in European Health Systems: A Framework for Comparison // *B J Manag.* 2013. № 24. P. 48–61.

220. Kirkpatrick I, Kuhlmann E., Hartley K. Medicine and management in European hospitals: a comparative overview// *BMC Health Services Research* volume 16, Article number: 171 (2016). URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1388-4> 63. Royal College of Physicians. *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World.* London: Royal College of Physicians; 2005. 274 p.

221. Lindlbauer I, Winter V, Schreyögg J. Antecedents and consequences of corporatization: An empirical analysis of german public hospitals' // *Journal of Public Administration Research and Theory.* 2016. № 26(2). P. 309-326.

222. Numerato D, Salvatore D, Fattore G. The impact of management on medical professionalism: a review // *Sociol Health Illn.* 2012. № 34(4). P. 626– 644.

223. Rechel B., Duran A. Richard Saltman What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? = 2018. URL: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Policy-brief-28-1997-8073-eng.pdf>

224. Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. *Governing Public Hospitals, Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. 356 p. 68. The Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs / Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux, Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren. URL: <https://bahm.be/> 69. Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske. URL: <https://www.upuz.hr/o-nama/o-nama>

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Черненко О.О. Соціологічне дослідження ефективності роботи багатoproфільної приватної клініки Український медичний часопис НАПО імені Шупика www.umj.com.ua | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (134), Т. 2 – XI/XII 2019
2. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Черненко О.О. Мультидисциплінарний підхід до оптимізації роботи приватної багатoproфільної клініки. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4 (82)
3. Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» / № 3 (56), Київ. - 2019./ Щиріна К.В., Михальчук В.М., Гбур З.В., Толстанов О.К., Заходи з виконання основних завдань шкірно-венерологічного диспансеру та результати аналізу можливих ризиків з метою підвищення ефективності фінансово-економічних показників діяльності. – 122с. – С.11 – 15.
4. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Методи дослідження оптимізації роботи ЗОЗ Conceptual options for the development of medical science and education : Collective monograph. Riga : Izdevniecība “Baltija Publishing”, 2020. 688 p. – P. 591 – 608
5. Щиріна К.В. Ретроспективний аналіз фінансово-економічного стану Шкірно-венерологічного диспансеру Деснянського району №2 м. Києва. Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur. Book 1. Part 2 / [team of authors: Avrunin O.G., Denga O.V., Hbur

- Z.V., Malenko S.A., Ovcharuk V.A., Polenova G.T. and etc.]. – Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020 – 192 p. – P 21 – 29..
6. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Основні теоретико-методологічні підходи до управління ЗОЗ в умовах кризи. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 1 (1) 2020, м.Київ.
 7. Щиріна К.В., Гбур З.В. Механізм проведення експертного опитування з метою отримання експертної оцінки щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. Наукові перспективи (Серія «Медицина») Випуск № 2 (2) 2020, м.Київ.
 8. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства. Инновационная наука, образование, производство и транспорт: техника и технологии, информатика, транспорт, архитектура, химия, медицина, сельское хозяйство. Книга 3. Часть 1: серия монографий / [авт.кол. : С.В. Выдыборец, З.В. Гбур, Н.В. Горяинова, Е.В. Кучер, И.Я. Львович и др.]. – Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2020 – 172 с. : ил., табл. – (Серия «Инновационная наука, образование, производство и транспорт» ; №3). ISBN 978-617-7880-10-2
 9. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Криза багатoproфiльного закладу охорони здоров'я під час пандемії COVID-19. Український медичний часопис. - 2023. - № 2. - С. 19-22, посилання на електронний ресурс <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-239787-kriza-bagatoprofilnogo-zakladu-ohoroni-zdorov-ya-pid-chas-pandemiyi-covid-19>
 10. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Взаємозв'язок рівня захворюваності територіальної громади та антикризового управління в закладі охорони здоров'я. No 1 (2023): Likars'ka sprava 61-71, посилання на електронний ресурс <https://likSprava.com/index.php/journal/article/view/514>

11. Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». №2(47)2022. UDC 614.2 DOI: 10.15587/2519-4798.2022.256383. Katherine Shchyrina, Svitlana Koshova, Oksana Parkhomenko-Kutsevil. FOREIGN EXPERIENCE OF ANTI-CRISIS MANAGEMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS. Посилання на електронний ресурс [Стаття_медичне_видання_польща_Щиріна,Кошова,Пархоменко-Куцевіл.pdf](#)

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

12. Михальчук В.М., Толстанов О.К., Стратій К.В. (Щиріна) Логістика у сфері медичних послуг, як захід антикризового управління ЗОЗ Актуальні питання управління і організації охорони здоров'я: шляхи реформування, проблеми та перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 24-25 жовтня 2019р.) / за заг. ред. Б.С. Федака. –Х.: ХМАПО, 2019. –101с. – С. 21 – 27
13. Толстанов О.К., Щиріна К.В., Черненко О.О. Підходи до оптимізації роботи ЗОЗ The 1st International scientific and practical conference “Topical issues in pharmacy and medical sciences” October 21-22, 2019) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2019. 183 p. – С. 109 – 118.
14. Щиріна К.В., Толстанов О.К., Гбур З.В. Ризики що спричиняють виникнення кризи ЗОЗ в умовах його переходу з комунальної у приватну власність Центр наукових досліджень «Solution» (Київ, Україна), Видавництво Skleněný Místek (Карлові Вари, Чехія). – VI Міжнародна науково-практична конференція «Discovery Science» м. Київ, м. Карлові Вари, 6 грудня 2019 р.
15. Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Толстанов О.К. Основні аспекти ефективного реформування шкірно-венерологічного диспансеру. Інноваційні наукові дослідження: світові тенденції та регіональний аспект, м. Запоріжжя, 29-30 листопада 2019р. – 120с. – С.92 – 96.
16. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Аналіз деяких показників системи охорони здоров'я України за 2000 – 2017рр. Весняні наукові читання – 2020, ХЛІ

- Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м.Вінниця, 10 березня 2020 року. – Ч.7, с.60. – С. 53 – 57.
- 17.Щиріна К.В., Толстанов О.К. Ретроспективний аналіз фінансово-економічної діяльності багатoproфільної КНП «Чернігівської обласної лікарні» Чернігівської обласної ради за показниками 2014 – 2019 рр.Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24 – 25 квітня 2020 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2020. – 132с. – С. 96 – 102.
- 18.Щиріна К.В. Вплив кадрової політики на фінансову стабільність в Чернігівській обласній клінічній лікарні. Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку: Матеріали першої Міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, м.Братислава, 07 вересня 2020 року.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020, 192с. – С.102-107
- 19.Щиріна К.В., Гбур З.В., Михальчук В.М., Кошова С.П. Антикризова політика закладу охорони здоров'я в умовах гострої кризи та на грані банкрутства. Щорічний науково-практичний Симпозіум «Інноваційна наука, освіта, виробництво і транспорт» 17 – 18 грудня 2020 року, Болгарія., в дистанційному режимі.
- 20.Щиріна К.В., Толстанов О.К., Михальчук В.М., Гбур З.В., Зарубіжний досвід антикризового управління ЗОЗ. ІХ Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 16-18 вересня 2020р. – с.84. – С. 16-18
- 21.Щиріна К.В., Стовбан М.П., Оцінка ефективності діяльності лікарні в межах госпітального округу. Взаємодія ЗОЗ в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти : матеріали науковопрактичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.) / Національний університет охорони здоров'я

- України ім. П.Л. Шупика. — Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. — 100 с. — С.45-49
- 22.Щиріна К.В., Михальчук В.М. Оптимізація роботи багатoproфільного закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 28 квітня 2022 року. – Житомир: Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна», 2022. - 175 с. – С.138-140
- 23.Щиріна К.В., Михальчук В.М. Механізм проведення експертного опитування щодо основних показників оптимізації роботи ЗОЗ. «Чорноморські наукові студії»: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції, м. Одеса, 24 червня 2022 року. – Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2022. – 392 с.- С.300-304
- 24.Щиріна К.В., Михальчук В.М. Взаємозв'язок кадрової політики та фінансової стабільності в обласній клінічній лікарні. Пріоритетні напрями розвитку наукового простору. Матеріали науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 25-26 березня 2022 р.). – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2022. – 100 с. – С.71-75.

АНКЕТА ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ЗАДОВОНЕСТОЇ ПАЦІЄНТА ДІЯЛЬНІСТЮ ЗОЗ

1. Поінформована згода на участь у дослідженні

Відповідальний дослідник – Щиріна Катерина Василівна, аспірантка кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я (НУОЗ) України імені П. Л. Шупика; shchyrinak@gmail.com

Науковий керівник – чл.-кор. НАМН України професор Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Дослідження проводиться в КНП «Чернігівській обласній лікарні» Чернігівської обласної ради.

Шановний пацієнте, пропонуємо Вам взяти участь у дослідженні, результати якого будуть використані для удосконалення організації медичної допомоги пацієнтам в умовах кризового стану закладу охорони здоров'я, де Ви обслуговуєтесь.

Повідомляємо Вам, що участь у дослідженні є абсолютно добровільною та анонімною; Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього в будь-який момент. Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас як інформаційний ресурс; в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь медичних працівників, пацієнтів та розвитку медицини; дослідник, або інша уповноважена особа, може відсторонити Вас від участі в дослідженні через недотримання Вами вимог дослідження або через припинення дослідження його організаторами. У дослідженні беруть участь 187 осіб.

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях.

Тривалість дослідження – 3 місяці.

Пропонуємо Вам детально ознайомитись з представленою інформацією, для повного її розуміння. У будь-який період проведення дослідження Ви можете поставити досліднику додаткові запитання з отриманням вичерпної відповіді.

Просимо засвідчити свою поінформовану згоду у дослідженні своїм підписом
Підпис досліджуваного _____ Дата підпису інформованої згоди

2. Запрошення до участі в опитуванні

Наступні запитання стосуються Вашої точки зору на ефективність командної роботи усіх працівників та діяльність загалом Вашого ЗОЗ обслуговування. Будь ласка, заповніть анкету та дайте свою особисту оцінку ефективності діяльності ЗОЗ та соціального ефекту для Вас: якість надання медичної допомоги, консультації, послуги; швидкість реагування на Ваші скарги, звернення, щодо погіршення стану здоров'я; задоволеність наступністю та етапністю допомоги, профілактичних заходів, доступністю до отримання медичної допомоги, матеріально-технічним забезпеченням надання медичної допомоги, комунікацією з лікуючим лікарем, ефективністю надання медичної допомоги.

Уважно прочитайте подані нижче твердження. Обведіть кружечком колонку з твердженням, яке найкраще описує Вашу ситуацію чи світосприйняття.

Анкета (розроблена за шкалою Лікерта)

№ п/п	Параметри оцінки	Цілком згоден	Згоден	Нейтраль-но	Не згоден	Категорично не згоден
1	2	3	4	5	6	7
1	Я задоволений (на) якістю надання медичної допомоги, послуги, консультації	5	4	3	2	1
2	Мене задовольняє забезпеченість ліками	5	4	3	2	1
3	Я задоволений (на) швидкістю реагування на мої скарги, звернення щодо погіршення стану здоров'я	5	4	3	2	1
4	Мене задовольняє етапність профілактичних заходів	5	4	3	2	1
5	Мене задовольняє наступність та етапність допомоги	5	4	3	2	1
6	Я задоволений (на) матеріально – технічним забезпечення при наданні мені медичної допомоги	5	4	3	2	1
7	Я маю доступність до отримання медичної допомоги					
8	Мене задовольняє комунікація з лікуючим лікарем					
9	Мене задовольняє ефективність отриманої медичної допомоги					
10	Мене задовольняє наступність та етапність допомоги					
11	Я хочу додати щось не враховано в переліку _____					

Ваша стать: чоловіча , жіноча (необхідне підкреслити)

Ваш вік: _____ (років)

Ваша освіта: немає, середня, середня спеціальна, вища, перша, друга, науковий ступінь (необхідне підкреслити)

Дякуємо Вам за участь в опитуванні !

АНКЕТА ЕКСПЕРТА

з оцінки концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати власну оцінку запропонованої концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ (автор Щиріна К.В., аспірантка кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, науковий керівник – чл. - кор НАМН України професор Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика).

Модель обґрунтована і розроблена в межах дисертаційної роботи на здобуття вищої освіти ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація «Соціальна медицина») (матеріали дисертаційної роботи додаються).

Прохання надати експертну оцінку за п'ятибальною шкалою шляхом відмітки у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку:

АНКЕТА

1. Місце роботи: _____

2. Посада _____

1.1. Категорія посади:

<input type="checkbox"/> керівник КНП _____ <input type="checkbox"/> керівник структурного підрозділу КНП _____	<input type="checkbox"/> лікар _____ <input type="checkbox"/> молодший медичний персонал _____
--	---

3. Науковий ступінь:

Відсутній	Кандидат наук (доктор філософії)	Доктор наук

4. Стаж роботи:

До 5 років	5 – 10 років	11 – 15 років	16 – 20 років	Понад 20 років
------------	--------------	---------------	---------------	----------------

--	--	--	--	--

5. **Освіта базова:**

Відсутня	Вища	Друга вища	Магістерський рівень

6. **Чи доцільно було розробляти концептуальну модель антикризового управління ЗОЗ?**

Так Ні Інше

7. **Чи доцільне впровадження концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ на загальнодержавному рівні?**

Так Ні Інше

8. **Як Ви оцінюєте системність запропонованої концептуальної моделі антикризового управління ЗОЗ (далі - нововведення)?** (відповідно до шкали: 1 – низька оцінка, 5 – висока оцінка)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. **Як Ви оцінюєте комплексність запропонованих нововведень?** (відповідно до шкали: 1 – низька оцінка, 5 – висока оцінка)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. **Як Ви оцінюєте етапність, наступність заходів у запропонованих нововведеннях з врахуванням пацієнто-орієнтованості ?** (відповідно до шкали: 1 – низька оцінка, 5 – висока оцінка)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

« _____ » _____

підпис _____

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

СПИСОК ЕКСПЕРТІВ,

які проводили експертну оцінку концептуальної моделі антикризового управління
ЗОЗ

№	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»	Науковий ступінь
1.	2	3	4	5	6
2.	Хворостяна Н.В.	МЦ Добробут	Завідуюча відділення ВСП №6 для дітей	перша	не має
3.	Джуран Б.В.	МЦ «Dievo Центр хірургічних рішень»	Медичний директор	вища	К.м.н, доцент кафедри урології НУОЗУ ім.П.Л.Шупика
4.	Мостепан Т.В.	КНП «КМКЛ № 4»	Директор	Вища	Не має
5.	Чибісов Л.П.	КНП «КМКЛ № 4»	Затупник директора з хірургічної роботи	Вища	Не має
6.	Ріполовська О.В.	КНП «КМКЛ № 4»	Затупник директора з медичної частини	Вища	Не має
7.	Горачук В. В.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування	Вища	д. мед. н. професор
8.	Матяш М. М.	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	завідувач кафедри загальної і медичної психології	Вища	доктор медичних наук, професор, академік Міжнародної академії освіти та науки, голова правління Асоціації з медичної та

					психологічної реабілітації заслужений лікар України
9.	Макаренко О. М. –	Міжрегіональної академії управління персоналом	професор кафедри загальномедичних дисциплін	Вища	доктор медичних наук, професор, академік Міжнародної академії освіти та науки
10.	Яременко Л. М.	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	професор кафедри гістології та ембріології	Вища	доктор медичних наук
11.	Миронець О.М.	Комунальне підприємство "Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення" Рівненської обласної ради		Вища	
12.	Жиденко А.М.	Генеральний директор КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР		Вища	Заслужений лікар України
13.	Чобітько В. М.	Медичний директор з лікувально-діагностичної роботи КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР		Вища	
14.	Брюшкова Тетяна Євгенівна	Заступник генерального директора з економічних питань КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР		Вища	
15.	Кухар Владислав Вікторович	Генеральний директор КНП «Чернігівської лікарні № 2»		Вища	

16.	Пекарчук Світлана Миколаївна	Заступник генерального директора з економічних питань КНП «Чернігівської лікарні № 2»		Вища	
17.	Олійник Людмила Леонідівна	Заступник генерального директора з кадрових питань КНП «Чернігівської лікарні № 2»		Вища	
18.	Ткач Віктор Олександрович	Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка		Вища	
19.	Піонтовський В.К.	Заступник директора з питань реформування медицини Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка		Вища	
20.	Ординський Ю.М.	Медичний директор з хірургії Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка		Вища	



Українська Асоціація фахівців системи публічного управління та адміністрування
 Ukrainian Association of specialists of public management and administration

01004, м. Київ, вул. Пушкінська, 32 б, тел. +38 (068)5238514, uapm@ukr.net

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Щіріної Катерини Василівни

Антикризове управління в багатопрофільному закладі охорони здоров'я це сукупність законодавчих, інституційних, організаційних, фінансових дій, заходів, методів встановлення господарських відносин між юридичними та фізичними особами в цілях забезпечення високого рівня ефективності діяльності закладу охорони здоров'я. Відтак, дисертаційне дослідження Щіріної К.В. на тему «Медико-соціальне обґрунтування концептуальних засад антикризового управління в багатопрофільному медичному закладі» є актуальним та своєчасним.

Окремі результати цього дослідження були використані під час діяльності ГО «Українська Асоціація фахівців системи публічного управління та адміністрування».

Голова ГО «Українська
 асоціація фахівців
 системи
 публічного управління
 та адміністрування»,
 д.н. держ.упр., професор

Пархоменко-Куцевіл О.І.



УКРАЇНА
Товариство з обмеженою відповідальністю
«МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ДОБРОБУТ-ПОЛІКЛІНІКА»
Ідентифікаційний код 38808892
Місцезнаходження:
02141, м. Київ, вул. Мещуги, буд. 12
Місце про закінчення діяльності:
вул. Мещуги, буд. 12, м. Київ, 02141

2021р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Функціонально-організаційна модель антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони здоров'я в Україні»

Підготовлено робочою групою: Щиріна К.В., Толстанов О.К., Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шурика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності, підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-орієнтованого та орієнтованого на результат підходах в межах підходів, методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Функціонально-організаційна модель антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони здоров'я в Україні»**

Підготовлено робочою групою: Щиріна К.В., Толстанов О.К., Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шутика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності, підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-орієнтованого та орієнтованого на результат підходів в межах підходів, методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____

Затверджено
 Головою
 кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шурика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9
 «_____» _____ 2021р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Функціонально-організаційна модель антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони здоров'я в Україні»

Підготовлено робочою групою: Щиріна К.В., Толстанов О.К., Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шурика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності, підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-орієнтованого та орієнтованого на результат підходів в межах підходів, методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____

ТОВ "ДІЄВО ЦЕНТР ХІРУРГІЧНИХ РІШЕНЬ"	
Україна, 03069, м. Київ, вул. Володимира Брожка, буд. 112/40 Код ЄДРПОУ: 43597757	
« _____ »	Тел. 0800-33-61-58, 2021 р. E-mail: info@dievo.com.ua
Наказ МОЗ України №1395 від 15.08.2020 р. РО ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
**Назва пропозиції: «Функціонально-організаційна модель
 антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони
 здоров'я в Україні»**

Підготовлено робочою групою: Щиріна К.В., Толстанов О.К.,
 Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності, підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-орієнтованого та орієнтованого на результат підходів в межах підходів, методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Функціонально-організаційна модель
Антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони
здоров'я в Україні»

Підготовлено робочою групою: Щіріна К.В., Толстанов О.К.,
Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шурика, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

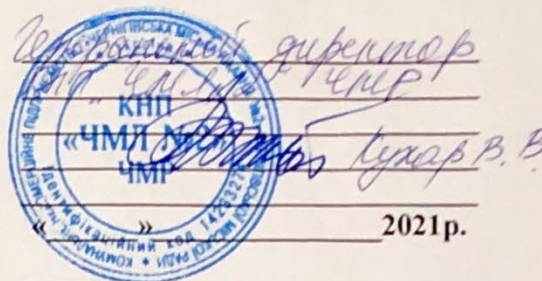
а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності, підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-орієнтованого та орієнтованого на результат підходів в межах підходів, методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Функціонально-організаційна модель
Антикризового управління в багатопрофільному закладі охорони
здоров'я в Україні»

Підготовлено робочою групою: Щиріна К.В., Толстанов О.К.,
Михальчук В.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): *Кафедра управління
охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного
університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м.Київ, вул.
Дорогожицька, 9*

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості надання медико-
соціальної допомоги населенню в період кризи закладу охорони здоров'я.*

3. Назва закладу охорони здоров'я де впроваджена пропозиція (вказати
відділення, чи стаціонар, поліклініка) за яким фахом:

4. Вказати кількість лікарів ознайомих з пропозицією (терапевти,
лікарі загальної практики, сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення основних: медико-соціальних показників роботи закладу
охорони здоров'я, фінансово – економічних показників діяльності,
підвищення рівня задоволеності пацієнтами лікуванням та отриманою
медичною допомогою.

б) перехід до поєднання процесного, системного, соціально-
орієнтованого та орієнтованого на результат підходів в межах підходів,
методів та інструментів стратегічного менеджменту.

Відтак, завдяки зміні процесів, що стосуються технології лікування,
роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-
технічної бази організацій забезпечено ефективність лікування.

6. Пропозиції та зауваження _____

Відповідальний за впровадження _____

Програма подолання кризового стану ЗОЗ

1. Визначення факторів ризику

1. Головний ризик полягає в тому, наскільки швидко пройде адаптація ЗОЗ, реорганізованого у КНП, до нових умов господарювання, до нової моделі медичного обслуговування: формування цін на платні послуги, підвищення якості послуг, впровадження нових технологій, грамотна конкуренція та просування своїх послуг на медичний ринок, розвиток партнерських відносин у сфері охорони здоров'я

2. Неправильна цінова політика КНП може призвести до встановлення високої ціни та втрати клієнтів або, навпаки, може зробити надання медичних послуг неприбутковим. Цінова політика має ґрунтуватися на високому рівні обслуговування та наявності сучасного обладнання, щоб зберігалось співвідношення «ціна/якість»

3. Несвоєчасне оновлення матеріально-технічної бази, низька мотивація персоналу, недостатність кваліфікованих медичних кадрів може вплинути на якість медичної послуги, а це, своєю чергою, може призвести до зростання невдоволеності пацієнтів та їх рідних якістю медичної послуги, збільшення скарг і, як наслідок, втрати іміджу медичної установи

4. На тлі впровадження цифрових технологій (телемедицини) із застосуванням смартфонів, планшетів, комп'ютерів є ризик кібератак (програми-віруси тощо), які можуть не лише призвести до негативних економічних наслідків, а й негативно вплинути на якість медичної послуги. Тому слід приділяти значну увагу шляхам подолання кіберзагроз, забезпеченню корпоративної безпеки

5. Експлуатаційні ризики: нестабільність ціни на електричну енергію, пов'язана з реформуванням ринку електроенергії; збільшення вартості холодної

води; у разі збільшення ціни на електроенергію та газ зросте вартість централізованого опалення

6. Слабка матеріально-технічна база (високий ступінь зносу обладнання, використання морально застарілого обладнання, вихід обладнання з експлуатації, часті поточні ремонти).

7. Зростання цін на медикаменти та вироби медичного призначення, товари господарського призначення, ПММ, що призведе до додаткових витрат.

8. У зв'язку з реорганізацією Шкірно-венерологічного диспансеру № 2 Деснянського району м.Києва, якому дозволено надавати платні послуги, виникає ризик значної конкуренції у зв'язку з виходом на ринок медичних послуг, на якому присутні приватні медичні установи.

9. Нестабільна економічна ситуація може призвести до зниження платоспроможності потенційних клієнтів, отримувачів медичних послуг.

10. Значну роль у зростанні іміджу медичних підприємств відіграє мотивація персоналу, безпосередньо пов'язаного з наданням медичних послуг. Тому недостатній рівень зарплати та заохочення медперсоналу може негативно вплинути на діяльність підприємства та збільшити плинність кадрів.

11. Важливим етапом діяльності медичного КНП є складання фінансового плану – бюджету підприємства на рік. Неправильне його складання може привести до незбалансованості доходів та витрат, неправильного співвідношення витрачених ресурсів та отриманих результатів – перевитрати ресурсів і недоотримання доходів. Тому, складаючи фінансовий план, слід правильно визначати пріоритетні статті витрат та здійснювати їх оптимізацію

12. Недостатнє забезпечення професійної безпеки медичних працівників в установах КНП. Якщо підприємство недостатньо приділяє увагу охороні праці медичного персоналу, особливо тих, хто безпосередньо контактує з пацієнтами з інфекційними захворюваннями, то це може негативно вплинути на стан здоров'я лікарів та призвести до тривалого розладу здоров'я та втрати працездатності

13. До факторів ризику також можуть бути віднесені інші форс-мажорні обставини: крадіжка майна – в разі незабезпечення його охорони; пожежі – у разі недотримання правил пожежної безпеки та не проведення інструктажів.

Залежно від поставлених цілей та завдань медичним КНП на підставі розробленого фінансового плану, який регулює збалансованість надходжень та витрат підприємства, визначаються пріоритетні напрямки діяльності та очікувані результати фінансово-господарської діяльності. Тому важливим інструментом внутрішнього контролю є визначення факторів ризику, які можуть негативно вплинути на очікуваний кінцевий результат діяльності підприємства. Саме запобігання можливим негативним наслідкам настання ризику шляхом попереджувальних заходів дозволяє знизити їх вплив на результати діяльності підприємства та прийняти правильне управлінське рішення.

2. Впровадження підпрограм:

1. Програма організаційно-управлінських змін

1. Заклад є закладом охорони здоров'я, заснованим у комунальній формі власності та згідно з Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19.10.2017 р. № 2168 і відповідно до частини 3 статті 64 Господарського Кодексу України повинен у 2020 році пройти реорганізацію та змінити форму власності з комунального медичного закладу на комунальне не прибуткове підприємство. Після реорганізації Заклад виступає правонаступником закладу комунальної власності.

2. Планування діяльності Закладу повинно бути орієнтоване на виконання Указів Президента України, постанов уряду в галузі охорони здоров'я, наказів Міністерства охорони здоров'я, зокрема постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №932 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів”, Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013, Закону України “Про

державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших нормативно-правових актів.

3. Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013 та Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” одним з основних стратегічних завдань медичної реформи є перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Відповідно до передбачених змін кошти за надані медичні послуги буде перераховувати Національна служба здоров’я України (далі - НСЗУ). Проте, на перешкоді стоїть статус медичного закладу. Допоки він залишається комунальним, він позбавлений права розширити для надання платні медичні послуги, перспектива відкриється лише в обмеженому обсязі.

Однією з умов, яка дозволить Закладу підписати договір з НСЗУ, є його автономізація. Лише комунальне некомерційне підприємство отримує можливість укласти договір з НСЗУ та розпочати фінансування за новою схемою. Таку вимогу містить Закон № 2168.

II. Енергозберігаюча програма

Зазвичай тарифи на комунальні послуги для комунальних неприбуткових підприємств вищі, ніж для бюджетних установ, за винятком випадків, коли органом місцевого самоврядування встановлюється пільговий тариф на енергоносії та комунальні послуги для закладів охорони здоров’я. Заклад функціонує у дво-поверховому приміщенні та використовує для лікувальних цілей 1400кв.м. В приміщенні частково здійснено заміну старих вікон на металопластикові. Враховуючи зростання цін на енергоносії та значне подорожчання комунальних послуг, важливим є запровадження ряду заходів з енергозбереження, які дозволять хоча б частково зменшити витрати Закладу на енергетичні ресурси. Зокрема, варто здійснити наступні заходи:

1. Заміна дерев’яних віконних блоків на металопластикові.

2. Повна заміна лампочок розжарювання та ламп денного світла на всіх освітлювальних площах диспансеру на енергозберігаючі.

3. Утеплення фасаду будівлі.

III. Програма розвитку господарської діяльності

В межах програми розвитку пропонуємо:

1. Провести поточний ремонт приміщень Закладу.

2. Запровадити інтернет-мережу диспансеру (зокрема wi-fi покриття) для того, щоб усі медпрацівники отримали вільний доступ до інтернету, змогли оперативно знайти необхідну їм інформацію на інтернет-сайтах.

3. В межах комп'ютеризації та для підвищення швидкості і якості надання медичних послуг, створити комп'ютерну внутрішню мережу Закладу, а також придбати медіа проектор для актового залу Закладу для кращого висвітлення інформації на засіданнях, нарадах чи зборах трудового колективу диспансеру.

4. Придбати та встановити систему відеоспостереження.

5. З метою ліквідації так званих “живих черг” та задля оптимізації робочого часу лікаря у рамках створення єдиного інформаційного медичного простору пропонується запровадити механізм електронної реєстрації пацієнтів для отримання будь-якої планової медичної допомоги з визначенням конкретної дати та часу візиту пацієнта до лікаря. Для тих пацієнтів, які з певних причин не мають змоги зареєструватися в електронному кабінеті диспансеру і самостійно проводити електронний запис до лікаря, необхідно удосконалити механізми реєстрації пацієнтів через реєстратуру диспансеру особисто або по телефону (працівник реєстратури самостійно зможе внести пацієнта до електронної черги).

IV. Програма розвитку лікувальної діяльності та підвищення фінансово-економічної ефективності

Безумовною складовою розвитку Закладу, як і будь-якого іншого закладу сфери охорони здоров'я, є забезпечення сталого фінансового розвитку та

запровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. В рамках виконання даного завдання важливо наступне:

1. Оскільки на сьогоднішній день основними джерелами фінансування диспансеру є бюджетні асигнування та кошти державних та регіональних цільових програм, надзвичайно важливим є налагодження чіткого контролю та раціональне використання бюджетних коштів.

2. Зважаючи на те, що державне фінансування хоч і є основним, проте недостатнім джерелом перспективного розвитку Закладу, важливо залучати додаткові джерела фінансових надходжень, оплата диспансеру за надані послуги за угодами; надходження за послуги, які надає диспансер поперх нормативів надання безоплатної медичної допомоги; за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви; грошові надходження від надання платних послуг населенню, а також інші джерела, які не заборонені законодавством України.

3. Зокрема важливо зміцнювати, розширювати і покращувати послуги надання медичної допомоги населенню: а) розширення спектру платних медичних послуг, зокрема запровадити (табл.1): дерматоскопію на виявлення доброякісних утворень шкіри; платні послуги за термінові дослідження на мікози (коли просять провести в термінову порядку); платні послуги за профогляд вчителів та вихователів молодших шкільних та дошкільних установ (вартість розрахунку на одну особу є мінімальною та частково заниженою з метою доступності послуги); кріомасаж азотом; платні послуги з видалення кандилом, папіллою, бородавок, кератоз.

Таблиця 1

Прогноз доходів від запровадження запропонованих платних послуг з розрахунку середнього числа відвідувань за рік (середнє число за показниками останніх трьох років).

Платна медична послуга	Вартість за особу/дослідження/процедуру (грн.)	Середня кількість на рік, які будуть платні	Прогнозований дохід (грн.)
дерматоскопію на виявлення доброякісних утворень шкіри	50	7000	350 000
платні послуги за термінові дослідження на мікоз	43,8	2500	109 500
платні послуги за профогляд вчителів та вихователів молодших шкільних та дошкільних установ	101,76	3000	305 280
кріомасаж лица чи волосистої частини голови	52,50	2000	105 000
кріотерапія рубців розміром до 1 см.	17,30	300	5190
Кріотерапія рубців розміром від 1,1см. до 3см.	34,80	1500	52500
Кріодеструкція одного елемента (бородавки, папіломи, молюска та інше) розміром до 0,5см	16,50	2000	33000
Кріодеструкція одного елемента (бородавки, папіломи, молюска та інше) розміром 0,6см та більше	33,00	1800	59400
Кріодеструкція кандилом	148,00	400	59200
Електровидалення доброякісного новоутворення (молюска, ангіоми, папіломи, бородавки і т.д) діаметром до 0,5 см.	17,70	1500	26550
Електровидалення доброякісного новоутворення (молюска, ангіоми, папіломи, бородавки і т.д) діаметром до 0,6 - 1 см.	41,30	2000	82600
Електровидалення доброякісного новоутворення (молюска, ангіоми, папіломи, бородавки і т.д) діаметром 1,1см. та більше	73,70	2000	147400
			1 335 620

б) запровадити платні послуги на частину досліджень від загальної кількості, які є безкоштовними, а саме (табл.2): дослідження на сифіліс; мазки на гонорею и трихомоноз; дослідження на демодекс; дослідження лусочок шкіри на грибкові

захворювання; загальний аналіз крові (розгорнутий); дослідження на гепатити; гальпровіози (хламідії, мікоплазма, уреплазма).

Таблиця 2

Прогноз доходів від запровадження запропонованих платних послуг з розрахунку середнього числа відвідувань за рік (середнє число за показниками останніх трьох років).

Платна медична послуга	Вартість за особу/дослідження/процедуру (грн.)	Середня кількість на рік, які будуть платні	Прогнозований дохід (грн.)
дослідження на сифіліс	47,50	3000	142 500
мазки на гонорею и трихомоноз	31,30	1650	51645
дослідження на демодекс	56,10	1125	63113
дослідження лусочок шкіри на грибкові захворювання;	24,10	2330	56153
загальний аналіз крові (розгорнутий);	87,50	900	78750
дослідження на гепатити ;	53,60	430	23048
гальпровіози (хламідії, мікоплазма, уреплазма).	87,50	2300	201 250
			616 459

б) удосконалення на рівні оснащення апаратурою роботи лабораторій.

в) укладення угод з медичними закладами району щодо проведення платних досліджень крові за їхніми матеріалами;

Таблиця 3

Прогноз доходів від укладення угод з медичними закладами району щодо дослідження крові за їхніми матеріалами з розрахунку середнього числа досліджень за рік (середнє число за показниками останніх трьох років).

Платна медична послуга	Вартість за особу/дослідження/процедуру (грн.)	Середня кількість на рік, які будуть платні	Прогнозований дохід (грн.)
------------------------	--	---	----------------------------

	процедуру (грн.)	будуть платні	
дослідження матеріалу від поліклінік, КНП та інших	47,5	6764	142 500
			142 500

г) платні медичні послуги лабораторії та інші дослідження медичних закладів району на виявлення хворіб, які передаються статевим шляхом;

д) платна медична послуга – консультація та прийом лікарем-дерматовенерологом

Таблиця 4

Прогноз доходів від прийому, консультацій укладення угод з медичними закладами району щодо дослідження крові за їхніми матеріалами з розрахунку середнього числа досліджень за рік (середнє число за показниками останніх трьох років).

Платна медична послуга	Вартість за особу/дослідження/процедуру (грн.)	Середня кількість відвідувань на рік, які будуть платні	Прогнозований дохід (грн.)
Прийом та консультація лікаря-дерматовенеролога	43,10	34163	1 472 425,3
			1 472 425,3

4. Керівництву Закладу потрібно активно працювати у напрямку розвитку подальшої співпраці з благодійними організаціями та представниками приватного бізнесу, з метою закупівлі необхідного для поточної діяльності й розвитку диспансеру медичне та діагностичне обладнання.

5. Додатковим джерелом фінансування Закладу може бути також дохід від передавання в оренду нерухомого майна.

6. Джерелами формування майна Закладу є:

- капітальні вкладення і дотації з бюджетів;

- доходи від усіх видів господарської діяльності та медичної практики за відповідними укладеними договорами та угодами

- майно, що надходить безоплатно або у вигляді незворотної допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб та інше майно, отримане з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Використавши пропозиції щодо розширення спектру надання медичних платних послуг територіальній громаді (населенню, медичним закладу району, тощо.) ми зможемо сформувавши ту частину фінансового плану Закладу, яку можна використати крім витрат на поточну діяльність ще й на покриття витрат запропонованих програм енергозбереження та комп'ютеризації. Порівняльний аналіз за останні три роки подано в таблиці 3, з якої видно що за прогнозними показниками власні надходження можна збільшити на 5 616 209,3 грн.(табл.5)

Таблиця 5

Порівняльний аналіз формування доходів Закладу за роками та прогноз на 2020 рік

Джерела надходжень	2017	2018	2019	2020 прогноз
Надходження із загального фонду	6 586 542	8 353 080	9 939 781	9 940 000
Надходження із спеціального фонду, в тому числі:	467 300	723 500	361 161	2 126 579
<i>доходи за платні послуги</i>	90 456	149 429	77709	3 567 004,3
<i>доходи від оренди</i>	147 016	146 359	283 452	284 000
Благодійна допомога	78 410	54 299	65 432	65 000
Всього	7 132 252	9 130 879	10 366 374	15 982 583,3

V. Програма кадрового менеджменту та управління

1. У рамках проведення реорганізації Закладу необхідно переглянути штатний розпис медичного закладу з метою оптимізації чисельності та штату працівників, що одночасно не спричинить погіршення якості та доступності медичної допомоги.

2. З метою оптимізації витрат, розширення спектру та підвищення якості медичних послуг, що надаються Закладом, пропонується наймати на підставах цивільно-правового договору на чітко визначений термін окремих спеціалістів, які б задовольнили потребу Закладу у кадрових ресурсах необхідної спеціалізації, практичного досвіду та рівня підготовки.

3. В умовах сучасного інформаційного суспільства важливим завданням є інформатизація процесів управління диспансером та швидкість прийняття лікарських рішень у клінічній практиці. В рамках виконання даного завдання пропонується створити єдину інформаційну систему роботи диспансеру, яка дозволила б інформаційно контролювати пересування кожного пацієнта, включаючи обсяги наданої йому медичної допомоги відповідно до галузевого стандарту та повний економічний розрахунок витрат на обслуговування та лікування пацієнта. Керівництво диспансеру в будь-який момент може отримати із такої системи узагальнені дані і на їх основі здійснювати моніторинг лікувально-діагностичного процесу, контролювати використання наявних ресурсів медичного закладу, а також оперативно та вчасно приймати необхідні управлінські рішення.

Для цього насамперед потрібно запровадити систему комп'ютерного забезпечення Закладу зі створенням автоматизованих робочих місць лікарів, молодшого медичного та в лабораторіях, а встановлення відповідного програмного забезпечення дозволить вчасно й оперативно вносити дані у систему.

4. З метою належного керівництва Закладом та забезпечення ефективного управлінського менеджменту Адміністрація Закладу має забезпечувати:

- організацію надання лікувально-профілактичної допомоги населенню району;
- тісну взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я, а також службами охорони здоров'я з надання медичної допомоги;

- постійне вдосконалення форм, методів взаємодії з іншими лікувально-профілактичними закладами, профілактичної роботи, діагностики та лікування населення району, виходячи з їх потреб та реальних умов господарювання;

- належні побутові умови в структурних підрозділах;

- дотримання норм етики та деонтології;

- раціональне використання трудових, фінансових і матеріальних ресурсів;

- контроль за своєчасним та якісним проведенням лікувально-діагностичних процедур, лікарських призначень;

- дотримання санітарних норм та правил експлуатації обладнання, а також санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму;

- безперебійну роботу медичної апаратури, машин тощо.

5. Керівник закладу поєднує багато функцій будучи одночасно також і лікарем, однак з метою забезпечення соціально ефективною та фінансово-економічно раціональною діяльністю диспансеру, повинен забезпечувати :

- своєчасне освоєння нових технічних потужностей науково-технічного прогресу та якнайшвидше введення в дію придбаного обладнання, нести відповідальність за незадовільне його використання;

- здійснення заходів із удосконалення організації роботи Закладу з оперативної діяльності та його матеріально-технічного забезпечення;

- створення належних умов для високопродуктивної праці, забезпечувати додержання вимог чинного законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування;

- економне, раціональне використання фонду споживання та своєчасні розрахунки з працівниками Закладу та несе відповідальність в установленому законом порядку за шкоду, заподіяну здоров'ю та працездатності працівників Закладу.

VI. Програма боротьби з корупцією

На сьогоднішній день одним із найпоширеніших корупційних проявів у вітчизняних медичних закладах є практика “особистої подяки” лікарю за надану ним медичну допомогу. Розвитку такого негативного явища сприяє той факт, що в нашій країні висококваліфіковані лікарі за свою роботу отримують мізерну винагороду, яка не дозволяє їм підтримувати той життєвий рівень, який повинні отримувати висококваліфіковані спеціалісти у розвиненій державі.

Для ліквідації так званої традиції “особистої подяки” лікарю необхідно переглянути підхід до оплати праці медичних працівників, що має ґрунтуватися на сучасних модифікованих системах оплати праці, заснованих на принципах справедливості і гнучкості, а також враховувати мінливі умови фінансування й наявність конкуренції на ринку медичних послуг. Необхідно дещо відійти від жорстких централізованих нормативів нарахування заробітної плати й запровадити диференційований підхід, за яким ключовим повинно стати врахування особистих досягнень та практичного внеску кожного медпрацівника у загальний результат роботи диспансеру.

В основі реалізації стимулюючої функції системи оплати праці Закладу повинна бути особиста зацікавленість лікаря у результатах своєї роботи, а тому основну частку заробітної плати доцільно пов’язувати із наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного медичного працівника, а додаткова може залежати від кінцевих результатів роботи медичного закладу. Також з метою усунення інфляційного чинника та стимулювання праці медичних працівників важливо періодично переглядати посадові оклади, в т.ч. із використанням індивідуального підходу.

VII. Програма змін ТМО

Також варто відзначити, що підтримую пропозицію ТМО щодо зміни статусу Закладу з юридичної особи на відділення у складі ТМО. Однією з позитивних змін в такому випадку (якщо пропозицію ТМО приймуть) буде скорочення витрат на утримання адміністративного персоналу, зокрема приєднання дасть змогу

вивільнити кошти для лікувальних потреб, які на даний момент йдуть на оплату праці головного лікаря, заступника, бухгалтерії, кадровика та економіста.

Оптимізація дерматовенерологічної служби забезпечить надання доступної, якісної дерматовенерологічної допомоги та ефективного і раціонального використання ресурсів охорони здоров'я мешканцям міста Києва. Реалізація цього рішення не потребує додаткових фінансових витрат.

Очікуваний ефект подано схематично та у табличному розрахунку (рис.1, табл.4)

Рис.1.4



Таблиця 4

Порівняльний аналіз змін у штатному розписі з підтриманням пропозиції ТМО

Структурний підрозділ	Кількість штатних посад (од.)		Очікуваний фінансовий ефект
	На поточний час	Після запропонованих змін	
<i>Адміністративно-управлінський персонал</i>	– 2	-	12 637,91
Головний лікар	1	-	6 691,31
Заступник головного лікаря	1	-	5 946,60
<i>Бухгалтерія</i>	4,5	-	13 892,00
Головний бухгалтер	1	-	4 460,00
Бухгалтер	1,5	-	3 496,00
Касир	1	-	2 440,00
Економіст	1	-	3 496,00
Інспектор з кадрів	1	-	2 785,00
			29 314,91

У підсумку варто зазначити, що основною метою розробки перспективного плану розвитку Закладу є створення таких умов, щоб у стінах медичного закладу було комфортно як пацієнтам, так і медичним працівникам. В умовах стрімкого розвитку кожен медпрацівник повинен усвідомити, що від його особистого внеску залежить життя та здоров'я мешканців району та майбутнє всього диспансеру.

У непростих умовах сьогодення ключовим завданням керівника та очільника медичного закладу є створення таких умов і такого психологічного клімату, у якому кожен співробітник Закладу зможе з надією дивитися у майбутнє і буде готовим до подальших реформ у системі охорони здоров'я.

Хочеться вірити, що наступний 2020 рік стане для Закладу роком нових досягнень і подальшого покращення якості медичної допомоги населенню району.

Пропозиції щодо покращення лікувального аспекту:

1. на сьогоднішній день проводиться закупівля імуноферментного аналізатора, який дасть можливість робити всі аналізи на хвороби, що передаються статевим шляхом. Це дасть можливість не лише збільшити позабюджетні надходження але й підвищити рівень діагностики цих хворіб і значно покращити успішність їх лікування;

2. плануємо закупити апарат лікування псоріазу «Псоролایت-100-6», беручи до уваги важкість захворювання, що призводить до інвалідності, таких пацієнтів в установі 703 особи (7,32 – захворюваність). Безумовно в межах додаткових надходжень розглядаємо ще варіант придбання кращого фітотерапевтичного обладнання “Waldmon UV – 1000 KL” Therapy Systems, для лікування хронічних дерматозів: псоріаз, atopічний дерматит, парапсоріаз, акне, піодермія, червоний плесканий лишай та інші, що може знизити захворюваність, їх рецидиви на 30%;

3. плануємо провести переговори з директорами шкіл, щоб знайти можливість читати короткі лекції для батьків з питань профілактики дуже заразної шкірної хвороби мікроспорії, так як їх джерелом є контакт дітей з кішками. Цей показник по району значно вищий ніж по місту і становить 56,33 на

100тис.населення. Стратегічні цілі та завдання Закладу мають бути пов'язані з пріоритетами стратегічного розвитку країни та вітчизняної медицини зокрема:

Планування діяльності Закладу повинно бути орієнтоване на виконання Указів Президента України, постанов уряду в галузі охорони здоров'я, наказів Міністерства охорони здоров'я, зокрема постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №932 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів”, Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013, Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших нормативно-правових актів.

Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013 та Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” одним з основних стратегічних завдань медичної реформи є перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Для цього необхідно змінити характер відносин між постачальником медичних послуг і їх замовником – відповідним розпорядником бюджетних коштів, запровадивши договірне регулювання взаємовідносин між ними. А це у свою чергу потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської й фінансової автономії шляхом реорганізації їх у державні та комунальні некомерційні підприємства.

Враховуючи вимоги сьогодення щодо необхідності реорганізації Закладу, пропонуються наступні перспективні напрямки його розвитку, які визначено як окремі програми.

Для удосконалення стратегічної управлінської діяльності шкірно-венерологічних закладів потрібно: оптимізувати чисельність персоналу; внести зміни в організаційну структуру відповідно новій системі фінансування та управління; залучити нових фахівців, що будуть забезпечувати керівника

інформацією, необхідною для прийняття управлінських рішень; здійснювати планування, організацію та контроль за діяльністю закладу в межах функцій фінансового управління.

Для удосконалення управління закладом доцільно впровадити клієнто-орієнтований підхід, що матиме на меті підвищення якості медичних послуг. Новий підхід до забезпечення якості повинен передбачати покращення культури сервісу, здійснення зовнішніх комунікацій з клієнтами, розвиток соціальних мереж, як каналу комунікації, інформування шляхом проведення ярмарків та відкритих днів, проведення опитування шляхом анкетування відвідувачів ЗОЗ для виявлення поточної якості медичних послуг.

Для покращення роботи шкірно-венерологічного диспансеру необхідним є реалізація також таких заходів: 1. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я:

- забезпечення розроблення нових та оновлення чинних медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і дотриманням цих стандартів;

- запровадження системи диференційованої стимулюючої оплати праці в системі охорони здоров'я і системи укладання контрактів між надавачами медичних послуг (ЗОЗ, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги;

- створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у т.ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які надаються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого (незалежна експертиза) контролю якості;

- формування на основі узгоджених державної та регіональних програм відповідної мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги, проведення реорганізації дільничних лікарень в амбулаторії загальної практики сімейної медицини з денним стаціонаром.