МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІНЖЕНЕРНИЙ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ім. Ю.М.Потебні

УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

_____

(повна назва кафедри)

Кваліфікаційна робота(проєкт)
магістр
(рівень вищої освіти)

НА ТЕМУ: Розробка механізмів удосконалення системи управління в закладах охорони здоров'я

Виконала: студентка другого курсу, групи 8.2813-2з
Спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування
(код і назва спеціальності)
спеціалізації _____
(код і назва спеціалізації)
освітньої програми Публічне управління та адміністрування
(назва освітньої програми)
Мартинюк О.М.
(ініціали та прізвище)
Керівник: к.е.н., доц. Бушман Т.С.
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)
Рецензент
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Запоріжжя
2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Кафедра управління та адміністрування
Рівень вищої освіти магістр _____
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування _____
(код та назва)
Спеціалізація _____
(код та назва)
Освітня програма 281 Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри д.філос.н., проф.Воронкова В.Г. _____
«25» листопада 2024 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЄКТ) СТУДЕНТЦІ

Мартинюк О.М.
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи (проєкту) Розробка механізмів удосконалення системи управління в закладах охорони здоров'я

1. керівник роботи Бушман Т.С. к.е.н., доц.,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом ЗНУ від « » 2024 року №
2.Строк подання студентом роботи 01 грудня 2024 р.
3.Вихідні дані до роботи 1. Формування плану. 2. Формування гіпотези дослідження. 3. Аналіз літературних джерел за останні п'ять років. 4. Методологія дослідження.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) : Методологія дослідження проблем. Аналіз наукових монографій, навчальних посібників, підручників зарубіжних і вітчизняних авторів. Створення концепцій та висунення гіпотези щодо тематики магістерської роботи. Авторське вирішення проблеми та практичні рекомендації удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я. Практичне застосування пропонованих заходів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Бушман Т. С., к.е.н., доц. кафедри та управління та адміністрування		
Розділ 2	Бушман Т. С., к.е.н., доц. кафедри та управління та адміністрування		
Розділ 3	Бушман Т. С., к.е.н., доц. кафедри та управління та адміністрування		
Нормоконтроль	Венгер О.М., к.п.н., доц.кафедри менеджменту організацій та управління проектами		

Дата видачі завдання 25 травня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Зробити аналіз теоретико-методогічних засад розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я	10.06.24	
2	Проаналізувати понятійно-категоріальний апарат розробки механізмів удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я	25.06.24	
3	Визначити методологію розробки механізмів удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я	10.07.24	
4	Охарактеризувати сучасний стан системи адміністративного управляння закладів охорони здоров'я в контексті розробки механізмів удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я	15.08.24	
5	Розглянути діагностику проблем і факторів, що стримують удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я	10.09.24	
6	Виявити атрибутивні характеристики галузі охорони здоров'я та її розвиток	01.10.24	
7	Визначити проблем і фактори, що стримують	15.10.24	

	удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я		
8	Розробити рекомендації щодо можливостей удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я.	01.11.24	

Студент _____ О.М.Мартинюк
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник роботи (проєкту) _____ Т. С. Бушман
(підпис) (ініціали та прізвище)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Венгер

АНОТАЦІЯ

Мартинюк О.М. Розробка механізмів удосконалення системи управління в закладах охорони здоров’я

Кваліфікаційна робота (проєкт) для здобуття ступеня вищої освіти магістр за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування, науковий керівник Т.С.Бушман. Запорізький національний університет. Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні. Кафедра управління та адміністрування, 2024.

У кваліфікаційній роботі (проєкті) сформовано концептуальні засади розробки механізмів підвищення ефективності адміністративного управління у закладах охорони здоров’я. Особлива увага приділена дослідженню сучасних викликів, що впливають на функціонування системи охорони здоров’я, та розгляду шляхів їх подолання шляхом удосконалення управлінських процесів.

Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до формування ефективних управлінських механізмів, що забезпечують оптимізацію організаційної структури, підвищення якості медичних послуг та раціональне використання ресурсів. Визначено основні проблеми та фактори, які гальмують впровадження ефективних управлінських рішень, зокрема нестабільність фінансування, недостатній рівень цифровізації, кадровий дефіцит та виклики, пов’язані з кризовими ситуаціями, такими як пандемія COVID-19.

Розроблено рекомендації щодо застосування сучасних управлінських технологій, інноваційних цифрових рішень та стратегічного планування для підвищення ефективності системи управління у закладах охорони здоров’я. Акцент зроблено на необхідності розвитку ресурсного забезпечення, впровадження автоматизованих систем управління та адаптації до нових викликів цифрової трансформації.

Ключові слова: механізми удосконалення, ефективне управління, заклади охорони здоров’я, кризові ситуації, організація, COVID-19, ресурсне забезпечення, цифровізація, сучасні технології, стратегічне планування.

SUMMARY

Martyniuk O. Development of mechanisms for improving the management system in healthcare institutions

Qualification work (project) for obtaining a master's degree in higher education in speciality 281 Public Management and Administration, supervisor T.S. Bushman. Zaporizhzhia National University. Y.M. Potebnyi Engineering Education and Research Institute. Department of Management and Administration, 2024.

The qualification work (project) forms the conceptual basis for the development of mechanisms to improve the efficiency of administrative management in healthcare institutions. Particular attention is paid to the study of modern challenges affecting the functioning of the healthcare system and consideration of ways to overcome them by improving management processes.

The author analyses theoretical and methodological approaches to the formation of effective management mechanisms that ensure optimisation of the organisational structure, improvement of the quality of medical services and rational use of resources. The main problems and factors that hinder the implementation of effective management solutions are identified, including funding instability, insufficient digitalisation, staff shortages and challenges associated with crisis situations such as the COVID-19 pandemic.

Recommendations on the use of modern management technologies, innovative digital solutions and strategic planning to improve the efficiency of the management system in healthcare institutions have been developed. The emphasis is placed on the need to develop resource support, introduce automated management systems and adapt to the new challenges of digital transformation.

Keywords: improvement mechanisms, effective management, healthcare institutions, crisis situations, organisation, COVID-19, resource provision, digitalisation, modern technologies, strategic planning.

ЗМІСТ

ВСТУП 9

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗРОБКИ МЕХАНІЗМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 16

1.1Наукові підходи до розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я 16

1.2 Понятійно-категоріальний апарат розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я 25

1.3 Вітчизняний та зарубіжний досвід удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я 31

Висновки до першого розділу 42

РОЗДІЛ 2 АНАЛІТИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ЗАСАДИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЕКТУВАННЯ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 44

2.1 Система адміністративного управління закладів охорони здоров'я на сучасному етапі 44

2.2 Атрибутивні характеристики галузі охорони здоров'я та перспективи її розвитоку 55

2.3 Практичні рекомендації щодо напрямів розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров'я 59

Висновки до другого розділу 67

ВИСНОВКИ 70

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 72

ВСТУП

В умовах динамічних змін у суспільстві та постійного реформування системи охорони здоров’я особливої актуальності набуває розробка ефективних механізмів організації адміністративного управління в закладах охорони здоров’я. Здатність таких закладів адаптуватися до викликів сучасності, забезпечувати якісне надання медичних послуг і раціонально використовувати ресурси значною мірою залежить від ефективності управлінських процесів. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров’я, зокрема впровадження електронного врядування, цифрових технологій та принципів доказового менеджменту, вимагають створення гнучких і водночас стабільних організаційних моделей. Це передбачає оптимізацію управлінських структур, вдосконалення кадрових політик, розробку механізмів моніторингу та оцінювання ефективності діяльності закладів. Особливе значення в цьому процесі має інтеграція принципів інклюзивності, прозорості та орієнтації на потреби пацієнтів. В умовах децентралізації та розширення автономії закладів охорони здоров’я, розвиток управлінської культури, яка враховує локальні потреби та міжнародні стандарти, стає ключовим елементом забезпечення стабільності та якості послуг у системі охорони здоров’я. Таким чином, розробка механізмів удосконалення адміністративного управління є не лише відповіддю на актуальні виклики, але й необхідною умовою для підвищення ефективності, стійкості та конкурентоспроможності закладів охорони здоров’я в сучасному світі. Розробка механізмів удосконалення адміністративного управління в закладах охорони здоров’я повинна базуватися на науково обґрунтованих підходах, які враховують специфіку галузі, сучасні управлінські практики та глобальні тренди. Зокрема, ключовими завданнями стають:

1. Оптимізація процесів управління. Визначення і впровадження чітких алгоритмів прийняття рішень, розподілу ресурсів та координації між структурними підрозділами закладу є основою для ефективної роботи.

Використання інструментів цифровізації, таких як медичні інформаційні системи, дозволяє автоматизувати рутинні процеси та зосередити увагу управлінців на стратегічних завданнях.

2. Підвищення якості управлінських кадрів. Формування компетентного управлінського персоналу потребує постійного навчання, розвитку лідерських якостей і навичок стратегічного планування. Важливим аспектом є впровадження системи безперервного професійного розвитку та оцінювання ефективності роботи управлінців.

3. Забезпечення прозорості та підзвітності. Формування механізмів звітності перед пацієнтами, громадськістю та державними структурами сприяє підвищенню довіри до системи охорони здоров’я. Прозорість у використанні фінансових і матеріальних ресурсів також є важливим чинником для підвищення ефективності діяльності закладів.

4. Інтеграція інноваційних підходів. Впровадження сучасних управлінських концепцій, таких як Lean Management, Total Quality Management (TQM) та Balanced Scorecard, дозволяє створити систему управління, орієнтовану на постійне вдосконалення та досягнення стратегічних цілей.

5. Фокус на пацієнт-орієнтованості. Організація управління має бути побудована навколо потреб пацієнтів. Це передбачає створення зручної інфраструктури, доступності медичних послуг та зворотного зв’язку для оцінки задоволеності пацієнтів.

Враховуючи сучасні виклики, включаючи демографічні зміни, фінансові обмеження та зростаючі вимоги до якості послуг, вдосконалення системи адміністративного управління стає необхідним інструментом для забезпечення сталого розвитку закладів охорони здоров’я. Це дозволить створити ефективну, конкурентоспроможну та пацієнт-орієнтовану систему, яка відповідатиме як національним, так і міжнародним стандартам. Одним із ключових аспектів

удосконалення адміністративного управління в закладах охорони здоров’я є розробка механізмів адаптації до змінного середовища. Система охорони здоров’я перебуває під постійним впливом зовнішніх факторів, таких як економічні виклики, демографічні тенденції, впровадження нових технологій та нормативно-правових змін. Ефективне управління вимагає створення моделей, здатних оперативно реагувати на ці зміни та забезпечувати стабільність функціонування закладів. Це передбачає стратегічне планування, орієнтоване на довгострокові цілі, а також використання сучасних методів прогнозування та аналізу. Особливе місце займає впровадження інноваційних технологій, які сприяють автоматизації адміністративних процесів, підвищенню прозорості та ефективності прийняття рішень. Використання електронних систем управління дозволяє значно скоротити час на виконання рутинних завдань, забезпечити доступ до актуальних даних у режимі реального часу, а також підвищити точність і зменшити ймовірність людських помилок. Це також сприяє формуванню єдиного інформаційного простору, де кожна ланка закладу охорони здоров’я має доступ до необхідної інформації для прийняття зважених управлінських рішень. Не менш важливим елементом є розвиток корпоративної культури в закладах охорони здоров’я. Ефективне управління неможливе без налагодженої взаємодії між працівниками, мотивації персоналу та створення атмосфери довіри. Формування корпоративних цінностей, орієнтованих на пацієнт-орієнтованість, прозорість і етику, є важливою складовою успішного функціонування закладів. Водночас розвиток лідерських якостей серед управлінців і персоналу забезпечує здатність організації до постійного вдосконалення та вирішення складних завдань. Управління в умовах обмежених ресурсів є ще одним викликом для закладів охорони здоров’я. Розробка механізмів раціонального розподілу фінансів, матеріалів та кадрових ресурсів потребує запровадження системи пріоритетів і обґрунтованого планування. Використання підходів, які базуються на принципах доказової медицини, допомагає визначати найбільш ефективні методи лікування та організації послуг, що дозволяє досягати оптимальних результатів за обмежених можливостей.

Розуміння ролі пацієнтів у системі охорони здоров’я також змінює підходи до управління. Пацієнт більше не є лише пасивним отримувачем послуг, а стає активним учасником процесу, чий зворотний зв’язок сприяє вдосконаленню організаційних підходів. У цьому контексті важливим є впровадження механізмів збору й аналізу даних щодо задоволеності пацієнтів, якості послуг і результатів лікування. Це дозволяє керівництву закладів охорони здоров’я приймати більш обґрунтовані рішення, спрямовані на поліпшення їхньої роботи.

Таким чином, розробка й реалізація сучасних механізмів адміністративного управління є основою для створення інноваційної, стійкої й орієнтованої на людину системи охорони здоров’я. Цей підхід не лише сприяє підвищенню якості медичних послуг, але й створює передумови для сталого розвитку галузі в цілому. Удосконалення адміністративного управління в закладах охорони здоров’я також вимагає комплексного підходу до моніторингу й оцінювання ефективності їхньої діяльності. Для цього необхідно впроваджувати системи показників, які враховують як кількісні, так і якісні аспекти роботи закладів. Наприклад, оцінка рівня задоволеності пацієнтів, середній час очікування на медичну допомогу, доступність послуг для різних груп населення та фінансова ефективність є важливими індикаторами, які відображають загальну продуктивність системи. Важливим напрямом є інтеграція принципів сталого розвитку в управлінські процеси. Це передбачає забезпечення енергоефективності будівель, використання екологічно чистих матеріалів і технологій, а також запровадження ініціатив зі скорочення відходів. Екологічна відповідальність закладів охорони здоров’я не лише відповідає міжнародним стандартам, а й підвищує їхній імідж серед пацієнтів і громадськості. Крім того, особлива увага має бути приділена питанням безпеки та кібербезпеки. З огляду на все більшу цифровізацію процесів управління, необхідно забезпечити надійний захист персональних даних пацієнтів і конфіденційної інформації. Це потребує впровадження сучасних стандартів кіберзахисту, регулярних аудитів інформаційних систем та навчання персоналу

з питань безпеки в цифровому середовищі. Окремим аспектом вдосконалення адміністративного управління є розвиток партнерства між закладами охорони здоров'я, органами державної влади, громадськими організаціями та бізнесом. Така співпраця дозволяє залучати додаткові ресурси, ділитися досвідом і впроваджувати інноваційні рішення, які сприяють підвищенню ефективності роботи закладів. Наприклад, партнерство з приватним сектором може забезпечити швидше впровадження новітніх технологій і методів лікування. Управління людськими ресурсами також є невід'ємною частиною ефективної системи охорони здоров'я. Це передбачає не лише залучення висококваліфікованих фахівців, але й створення умов для їхнього професійного розвитку, мотивації та емоційного благополуччя. Запровадження програм підтримки для медичних працівників, таких як тренінги з управління стресом чи психологічна допомога, сприяє підвищенню їхньої продуктивності та зменшенню ризику професійного вигорання. На додаток, важливим є впровадження пацієнт-орієнтованих технологій, які дозволяють пацієнтам активно брати участь у процесі лікування. Системи електронного запису до лікаря, телемедицина та мобільні додатки для моніторингу стану здоров'я дають змогу зменшити адміністративне навантаження та покращити якість взаємодії між пацієнтами й медичними працівниками. Загалом, вдосконалення адміністративного управління в закладах охорони здоров'я має враховувати глобальні тенденції, локальні особливості та потреби громади. Це дозволить не лише підвищити ефективність роботи закладів, але й забезпечити стійкий розвиток системи охорони здоров'я, орієнтованої на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Аналіз ситуації та перспектив розвитку управління охороною здоров'я в Україні є важливим напрямом досліджень, до якого зробили значний внесок провідні вітчизняні науковці, такі як В. Геєць, А. Гриценко, Л. Лукащук, І. Яковенко, В. Пашков, П. Снєгірьов, В. Шафранський та інші. У їхніх роботах

розглядаються різні аспекти управління, включаючи економічну ефективність, оптимізацію ресурсів та стратегічне планування.

Незважаючи на наявність значного обсягу досліджень з питань трансформації медичних систем, сучасний етап реформування охорони здоров’я в Україні залишається недостатньо вивченим. Особливості політичного, економічного та соціального контексту, а також виклики, пов’язані з війною та постконфліктним відновленням, створюють нові передумови для аналізу існуючих механізмів управління. Значну увагу варто приділити інституційній трансформації, яка наразі перебуває у стані активного розвитку. Необхідність адаптації державного управління до сучасних викликів вимагає впровадження інноваційних рішень, таких як цифровізація, розширення доступу до медичних послуг та оптимізація фінансування. Крім того, важливим аспектом є орієнтація на європейські стандарти управління, які базуються на принципах прозорості, ефективності та пацієнтоцентрованості. Подальші дослідження повинні зосереджуватись на розробці нових підходів до управління медичною системою України, які враховуватимуть не лише економічні, але й соціальні та етичні аспекти. Аналіз сучасних механізмів державного управління охороною здоров’я є ключовим для забезпечення сталого розвитку цієї галузі та її адаптації до нових реалій. Метою дослідження є розробка механізмів удосконалення системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я України, спрямованих на підвищення їхньої ефективності, забезпечення доступності та якості медичних послуг, а також адаптацію управлінських процесів до сучасних викликів і європейських стандартів.

Завдання:

1. Аналіз сучасного стану управління охороною здоров’я в Україні:

- Вивчення існуючих механізмів та практик адміністративного управління.

- Виявлення основних проблем, недоліків і викликів у системі управління.

2. Дослідження міжнародного досвіду:

- Оцінка європейських та світових підходів до адміністративного управління медичними закладами.

- Ідентифікація найкращих практик для адаптації в українському контексті.

3. Розробка механізмів удосконалення:

- Розробка інноваційних моделей управління, які враховують цифровізацію, ефективний розподіл ресурсів та пацієнтоцентрованість.

- Запропонування методів підвищення рівня прозорості, відповідальності та ефективності адміністративних рішень.

4. Адаптація до європейських стандартів:

- Розробка рекомендацій щодо інтеграції принципів європейських стандартів управління у систему охорони здоров’я України.

- Врахування цінностей сталого розвитку, соціальної рівності та орієнтації на потреби пацієнтів.

5. Оцінка перспектив реалізації запропонованих рішень:

- Аналіз потенційних бар’єрів впровадження нових підходів.

- Розробка стратегії впровадження та оцінювання їх ефективності.

Об'єкт дослідження – процеси розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я.

Предмет дослідження – напрями розробки механізмів удосконалення управління організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я.

Методологія магістерської роботи. Відповідно до мети, що сформовано у магістерській роботі та характеру поставлених завдань у дослідженні застосовуються як загальнонаукові, так і спеціальні методи та підходи, зокрема: методи аналізу, систематизації та узагальнення відповідних наукових і нормативно-правових джерел інформації, що дають можливість розгляду категоріально-понятійного апарату, складових, форм, методів розвитку управління організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я; системний підхід, а також статистичний метод обробки та аналізу даних, що дозволяє проаналізувати стан та проблеми управління організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я; методи індукції та дедукції, які допомагають робити припущення на основі виявлених результатів та переходити від загального до конкретного в остаточних висновках досліджуваної теми. В якості основного методу дослідження був використаний метод контент-аналізу. Був складений масив з текстів, куди увійшли, в основному, архіви досліджень, опублікованих в різних періодичних виданнях, наукових працях, Інтернет сайтах.

Так само були використані такі методи, як теоретичний — аналіз і синтез, абстрагування і конкретизація, причинно-наслідковий аналіз, отриманих емпіричних знань, і емпіричний — експеримент, вивчення та узагальнення передового досвіду роботи, комплекси методів. Сфера застосування. Теоретичний матеріал та сформульовані в магістерській роботі пропозиції можуть бути корисними в загальній практиці підприємств і організацій щодо удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я умовах кризи. Апробація результатів дослідження відбувалася на вітчизняних тміжнародних конференціях.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗРОБКИ МЕХАНІЗМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

1.1Наукові підходи до розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я

Адміністративне управління у закладах охорони здоров’я виходить з розробки механізмів удосконалення організації у цій сфері, зокрема з підвищення Індексу інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Індекс розвитку інформаційно-комунікаційних технологій (ICT Development Index) – це комбінований показник, що характеризує досягнення країн світу з погляду розвитку інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), що розраховується за методикою Міжнародного союзу електрозв'язку (International Telecommunication Union), спеціалізованого підрозділу ООН, що визначає світові стандарти у сфері ІКТ. Індекс розроблений у 2007 році на основі 11 показників, якими Міжнародна спілка електрозв'язку оперує у своїх оцінках розвитку ІКТ. Індекс зводить ці показники у єдиний критерій, покликаний порівнювати досягнення країн світу у розвитку ІКТ і може бути використаний як інструмент для проведення порівняльного аналізу на глобальному, регіональному та національному рівнях. Ці показники стосуються доступу до ІКТ, використання ІКТ, а також навичок, тобто практичного знання цих технологій населення країн, охоплених дослідженням. Рівень розвитку ІКТ сьогодні є одним із найважливіших показників економічного та соціального благополуччя кожної організації, яка повинна розробляти механізми їх упровадження. Для початку дослідження удосконалення організації системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я з’ясуємо значення поняття «проект» у сучасній українській управлінській думці. Поняття "проект" в останні роки активно увійшло у

практику освіти. Воно виступає як в ролі ефективного методу навчання учнів, так і в якості форми організації інноваційно-розвивального освітнього середовища навчального закладу чи всієї регіональної системи освіти. Теоретико-прикладні підходи до проектної діяльності досліджуються в роботах вітчизняних та зарубіжних учених (Воронкова В. Г., Ажажа М. А., Нікітенко В. О., Єрмаков І., Підласий І., Воропаєв В., Поздняков В., Шапіро В. та ін.), проте управління проектами удосконалення організації системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров'я залишається малодослідженою проблемою, оскільки проектний менеджмент був прерогативою тих галузей наукового і практичного знання, що належали до системи матеріального виробництва. Здебільшого проектний менеджмент використовували у будівництві під час розробки інвестиційних проектів. Відтак, застосування проектної форми в освітніх процесах, зокрема у контексті пошуку нових управлінських підходів, потребує вивчення проблеми, насамперед її генетичного походження, історично утверджених сфер застосування, аналізу сучасного стану та механізмів (методів) управління проектами (проектного менеджменту), поширених у міжнародній та вітчизняній науково-практичній діяльності [16, с. 112].

Визнання проектної форми організації як соціального напрямку в загальній системі управлінського знання уможливлює розробку методології, концептуальних основ та понятійного апарату. При цьому особливого значення набуває інтерпретація таких понять, як "проєкт", "управління проектом". Оскільки певний час поняття "проект" використовувалося в інженерній справі для підготовки технічної та кошторисної документації для побудови різних споруд, машин, технічних систем тощо, то воно монопольно й приналежно до цієї галузі. Зміна соціальних відносин у бік ринкових принципово змінила і трактування самого терміну. Він стає предметом аналізу нової дисципліни – управління проектами. У такому контексті проект розглядається як форма (елемент) організації спільної діяльності членів колективу, об'єднаних загальною метою. Поширення проекту в практичній діяльності, а також використання його в різних галузях наукового знання свідчить про залежність термінологічного

трактування від конкретних завдань. Спробуємо проаналізувати існуючі визначення поняття «проект» і підійти до управлінсько детермінованого трактування. У тлумачному словнику з менеджменту поняття «проект» розглядається у контексті англійського слова “project” і означає задум чи план чого-небудь, наприклад створення підприємства. У цьому випадку головний акцент ставиться на прогнозований результат (організація підприємства). Розвиваючи погляд традиційного менеджменту, Інститут управління проектами США розширює характеристику поняття «проєкту» суттєвими ознаками, зокрема визначаючи, що проект - це відповідне завдання з визначеними вихідними даними і програмованими результатами (цілями), які зумовлюють шляхи та засоби вирішення цих завдань. Внесення до визначення поняття характерологічних ознак вказує на цілісність проекту та його розмежованість з проектами-підприємствами. Таке тлумачення підкреслює індивідуальний характер проекту (на відміну від серійного виробничого), а, отже, вказує на ознаки новизни. Значно об'ємніший аналіз поняття зустрічаємо в роботах сучасних авторів. Одні з них (Шапіро В. та ін.) вважають суттєвою якістю проекту те, що він „змінює наш світ”, оскільки знайшов застосування і в будівництві житла чи промислового об'єкту, і в розробці програми науково-дослідних робіт, і у створенні нової організації. Відповідно до такої ідеї логіка міркувань автора зводиться до того, що проєкт – це система сформульованих у його межах цілей, створених чи модернізованих для їх реалізації фізичних об'єктів, технологічних процесів, технічної та організаційної документації для них, матеріальних, фінансових, трудових та інших ресурсів, а також управлінських рішень та заходів для їх реалізації. Інші фахівці у галузі менеджменту (Воропаєв В. та ін.) переконані, що концептуальна основа проекту полягає у змінах вихідного стану будь-якої системи, з передбачуваними затратами часу й засобів. Тому проект вони розглядають як обмежену в часі цілеспрямовану зміну окремої системи зі встановленими вимогами щодо якості результатів, визначеними межами витратних ресурсів та специфічною організацією. В. Поздняков аналізує проект як сукупність дій та завдань, яким

притаманні особливі відмінні риси:

- чітко визначені цілі, досягнення яких можливе одночасно з виконанням технічних, економічних та інших вимог;
- внутрішні та зовнішні операційні взаємозв'язки, завдання, ресурси, що потребують жорстокої координації у процесі виконання проекту;
- визначені терміни реалізації проекту, ресурсна обмеженість;
- відносна новизна цілей проекту, умов реалізації, неминучість конфліктних ситуацій тощо.

Таким чином, спільними ознаками у визначенні поняття "проект" є насамперед виокремлення цілісного блоку, який утворює сума компонентів: мета, результат, ресурси, терміни, організаційно-процесуальна специфіка реалізації проекту та зміни. Перелічені ознаки проекту свідчать про нього як явище міждисциплінарне, поліфункціональне та позапредметне. свідчить про відсутність однозначного погляду на саме поняття «управління проектами». З одного боку, в межах загальної теорії управління відокремилося й успішно розвивається управління проектами як окремий науковий напрямок, що вивчає специфічну систему методів діяльності. З іншого боку, управління проектами вказує на їх прикладне значення, а отже, належить до практичної галузі й до сфери управлінської діяльності, для здійснення якої необхідно створювати відповідну систему управління. Щоби знайти механізми впливу наукових основ проектного менеджменту на ефективність системи управління проектами в галузі прикладної педагогіки, простежимо генетичне походження цього напрямку в теорії та практиці управління, а також процеси його розвитку. Джерела багатьох починань, які, згідно сучасної термінології, можна віднести до управління проектами, сягають періоду давньої цивілізації. Принаймні, на підставі аналізу практики як предмету дослідження про це роблять висновки зарубіжні науковці (Абдель-Фаттах Ель Марашлі, Абдель Вахаб Ель-Башрі та ін.). Посилаючись на досвід будівництва єгипетських пірамід та культових монастирів, вони наголошують, що ці монументальні архітектурні проекти розроблялися і будувалися багатьма поколіннями упродовж тисячоліть,

удосконалюючи релігійні світоуявлення й накопичуючи знання та вміння емпіричним шляхом. Ті, хто брав участь у виконанні проектів, наслідували старших попередників і були здатні виконати поставлені цілі й досягти стандартів якості у визначений термін і в межах закладеного кошторису. Натомість, сама історія управління проектами в її сучасному вигляді має досить молодий вік. У період післявоєнної відбудови керівництво країни зіткнулося з новими проблемами і труднощами, які вимагали нових підходів в управлінні. Традиційна лінійно-функціональна система організації виробництва не сприяла підвищенню різноманітності та якості продукції й послуг. Тому окремі компанії почали переорієнтуватися на децентралізований характер управління і здійснювати пошук принципово нових методів. Так, у 50-ті роки минулого століття сформувався системний підхід, а серед нових методів управління були розроблені системи сітьового планування та управління, що практично стали предтечею проектних методів [7, с. 43–45].

У процесі становлення практики управління проектами сітьові та матричні організаційні структури поповнювалися іншими ознаками управління (ризик, якість, вартість, мотивація фахівців, організація роботи колективу, інформаційне забезпечення, конфліктні ситуації і т. ін.), і вже у 70-х роках метод для формування колективів, прийняття рішень. Особливої популярності метод проектів здобув у практиці роботи великих міжнародних компаній. Пізніше з'явилися ідеї щодо необхідності введення до проекту системи організаційних заходів, управління ризиком та вартістю, урахування технічної координації; починає активно використовуватися обчислювальна техніка. Відокремлення управління проектами як самостійного напрямку в теорії загального управління пов'язано з іменем німецького вченого Роланда В. Гутча, який об'єднав відомих фахівців Європи та США у галузі управління проектами (Відень, 1965) у міжнародну асоціацію INTERNET (назва не має нічого спільного з однойменною комп'ютерною мережею). Однак лише у 1977 р. там же, у Відні, відбувся Перший міжнародний конгрес з питань управління проектами, що зібрав близько 400 провідних фахівців з усього світу. Епохальною віхою в історії проектного

менеджменту став Шостий міжнародний конгрес INTERNETу (Гермін, 1997), де було проголошено про міждисциплінарний характер проектів і необхідність у подальшому розглядати розвиток управління ними через пошуки загальних методів управління.

Зазначимо, що відтоді INTERNET як Міжнародна асоціація управління проектами є найбільш впливовою у світі організацією, навколо якої об'єдналося понад двадцяти аналогічних національних асоціацій. Така система насамперед забезпечує спеціалістів можливістю працювати в межах єдиної, прийнятої в міжнародній теорії та практиці методології, використовувати існуючий досвід розвинених країн, пропагувати власні новації в теорії та практиці управління проектами. Це надзвичайно важливо з погляду на існуючі розбіжності вітчизняної та зарубіжної систем управління проектами, оскільки проектний підхід нерідко ототожнюється (або сприймається як синонім) з програмно-цільовим управлінням. Таким чином, саме аналіз міжнародної практики управління проектами, що склався в останні десятиріччя XX століття в якості самостійної дисципліни і специфічної галузі професійної діяльності в умовах ринкової економіки зі спеціальною літературою, новими періодичними виданнями, різноманітними компаніями та фахівцями-експертами, які об'єдналися в міжнародні асоціації та товариства, створеною системою відповідної освіти, сертифікації тощо, а також визнаною методологією проектної діяльності, що стала своєрідною ознакою цивілізованого бізнесу. Широкий спектр його використання (від будівництва окремих об'єктів до державних реформ) дає підстави екстраполювати проектний феномен у сферу гуманітарного знання, зокрема вивчити його як соціально-педагогічне утворення а також для удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Передумовами застосування проекту в сфері охорони здоров’я є саме його комплексний характер, тобто можливість охоплення такою формою роботи широкого спектру різноманітних завдань, дій тощо, а також включення різних фахівців управлінського і медичного знання, створення колективів для виконання поставлених завдань та реалізації визначених цілей,

що потребують злагодженості й психологічного комфорту. На підставі такого аналізу управлінський проект необхідно розглядати як інноваційну форму організації медичного середовища, в основі якого лежить комплексний характер діяльності тимчасового колективу спеціалістів в умовах активної взаємодії з оточуючим середовищем. Цей проект спрямований на виконання конкретно обґрунтованої мети та визначеного кінцевого результату (змін), плану конкретних дій, обмежених конкретним проміжком часу та матеріально-фінансовими ресурсами. Відповідно до визначеного трактування поняття "проекту" як управлінської категорії, що передбачає комплексний підхід у досягненні певних результатів (змін), окремого аналізу потребує вирішення питання управління проектами на різних рівнях освітньої ієрархії. За таких умов будемо розглядати систему управління освітніми проектами як своєрідну структуру (або ідеальну модель), що віддзеркалює пріоритетні напрямки, ознаки, характеристики майбутньої системи управління в умовах удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я [32, с. 18].

Далі в контексті нашого дослідження удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я доцільно говорити про економічну складову питання. Економіка охорони здоров'я не може існувати у відриві від родинних їй економічних наук і медицини. Медична діяльність, здійснювана в певних організаційно-господарських формах, дає економіці охорони здоров'я об'єкт дослідження, втілюється в те, заради чого, власне кажучи, ця наука і існує – в економічну практику охорони здоров'я. З економічної теорії (загальною економіки) економіка охорони здоров'я запозичує термінологію. Прикладні економічні науки використовуються в основному для економічних досліджень охорони здоров'я на мікрорівні, а спеціальні – для досліджень на 7 макрорівні. З гуманітарних наук, перш за все з філософії, економіка охорони здоров'я неминуче сприймає певну ідеологію, світогляд. Виділення економіки охорони здоров'я в область самостійних наукових знань відбулося лише у другій половині XX століття. Це

сталося під впливом ряду причин. Зазначимо найважливіші з них. Двадцяте століття – це століття небувалого раніше збільшення обсягу і соціально-економічної значущості сфери послуг. І хоча медицина «стара як світ», але ніколи раніше вона не формувалася в таку велику галузь народного господарства, притягує до себе мільйони людей. А раз об'єкт дослідження так швидко і значно виріс, то виріс, відповідно, і науковий до нього інтерес. Охорона здоров'я одночасно заявила про себе як про надзвичайно ресурсоємним галузь, здатну використовувати різні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси. У XX в. охорона здоров'я стала розглядатися як вигідна, економічно доцільна область вкладення інвестиційних коштів. Таким чином, була сформована нова наукова і навчальна дисципліна – економіка охорони здоров'я. Економіка охорони здоров'я – вивчає соціально-економічні закономірності формування та використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, спрямованих на вдосконалення системи охорони здоров'я та медико-соціальне забезпечення заходів по зміцненню здоров'я населення. Економіка аналізує форми прояву економічних законів у охороні здоров'я, роль галузі в економіці національного господарства, ефективність, методи раціонального і ефективного використання матеріальних фінансових і кадрових ресурсів. Сутність медико-економічних досліджень є складною і всеохоплюючою темою. Економіка охорони здоров'я – область науки економіки, що вивчає місце охорони здоров'я в народному господарстві і розробляє методи раціонального використання ресурсів для забезпечення охорони здоров'я населення. Мета економіки охорони здоров'я – задоволення потреби населення в медичній допомозі. Предмет економіки охорони здоров'я – розробка методів раціонального використання ресурсів для досягнення цілей в охороні здоров'я населення. У чому виражається дія ринку на зміну економічних процесів, що протікають в охороні здоров'я? Узагальнюючи відомі факти і тенденції, що відображають сутність даної проблеми, і представляючи їх в концентрованій формі, доцільно підкреслити ряд обставин:

1. По-перше, ринок комерціалізує справу охорони здоров'я в цілому, а також ставлення кожної людини (пацієнта) до свого здоров'я. Це призводить до зміни

парадигми охорони здоров'я, формування якісно інших типів економічного мислення, стилів практичної господарської поведінки суб'єктів галузі.

2. По-друге, і це є найважливішим наслідком комерціалізації, – відбувається швидко зростаюча зміна обсягу платних і напівплатніх (медичне страхування) послуг охорони здоров'я, що надаються населенню.

3. По-третє, здійснюється фактична зміна економічного статусу медичного закладу. При цьому медична лікувально-профілактичний заклад все більш чітко набуває економічні риси підприємства, що виробляє і надає послуги.

4. По-четверте, зміни в статусі медичного закладу призводять до зміни характеру економічних зв'язків, що виникають в їх діяльності (економічний агент).

5. По-п'яте, виникає надзвичайне різноманіття форм власності і видів господарювання в охороні здоров'я, які є одночасно і умовою і наслідком розвитку ринку.

6. По-шосте, як результат здійснення економічної діяльності в різних господарських формах, під впливом ринку в широкому діапазоні видозмінюється і економічне становище самого працівника охорони здоров'я. Зазначені зміни пов'язані головним чином з значною диференціацією цього економічного і соціального становища. Загальна мета економіки охорони здоров'я - це вивчення економічних і організаційних відносин, що об'єктивно складаються між людьми і виникають в процесі здійснення медичної професійної діяльності. Далі слід врахувати, що економічні відносини виникають на трьох великих інформаційних рівнях.

1. На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це лікувально-профілактичний заклад, за своєю суттю виступає як своєрідне підприємство (фірма), що виробляє і надає послуги. Що стосується приватного практикуючого лікаря, то він, по суті справи, втілює, уособлює цілу медичний заклад, виступаючи поперемінно як основний персонал, менеджер, обслуговуючий

працівника і т.п., якщо, звичайно, мова не йде про використання найманої робочої сили.

2. В рамках національної економіки в цілому, і, перш за все, в тих областях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я, а таких галузей налічується близько тридцяти – медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальні галузі текстильної, харчової промисловості, транспортного машинобудування, будівництва, торгівлі і т.д., складаються макроекономічні відносини. У сучасних умовах інтеграції багатьох видів лікувально-профілактичної діяльності на міжнародному рівні макроекономічні відносини виходять в сферу всесвітнього господарства, функціонування ринку послуг охорони здоров'я в світовому масштабі.

3. Нарешті, останнім часом у спеціальній економічній літературі обґрунтовується і все більш виразно проявляється тенденція до виділення ще одного рівня економічних відносин, а, отже, і здійснення аналізу господарської діяльності. Йдеться про міді-економічний рівень (від лат. – medius, англ. - middle - середній). На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці (супер-галузь), що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації, з'єднаних рішенням однієї функціональної завдання - охорона і зміцнення громадського та індивідуального здоров'я. Разом з тим формулювання основної мети економіки охорони здоров'я як вивчення різних груп і рівнів господарських контактів, незважаючи на всю реальну значимість цих останніх, звучить дуже невизначено. У будь-якому випадку сучасна економіка охорони здоров'я розглядає медичну організацію як:

1. По-перше, як специфічний господарюючий суб'єкт, наділений всіма основними економічними правами і обов'язками;

2. По-друге, в якості самостійних учасників ринкових відносин, взятих у всій їх складності і суперечливості і одночасно з урахуванням всієї специфіки охорони здоров'я.

1.2 Понятійно-категоріальний апарат розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я

Згадаєм таку важливу річ, що управління взагалі як вид діяльності існувало протягом всієї історії людства. Тобто можливо сказати, що управління існує з тих часів, коли виникли люди і необхідність спільної роботи. З'явилася певна форма управління, коли потрібно було збирати податки, створювати армію, годувати людей, які не виробляли їжу самостійно. Управління (менеджмент) в цілому можна інтерпретувати з одного боку як процесс впливу на будь-кого або будь-що, і в той же час, з іншого боку – це система керуючих суб'єктів, об'єктів управління і управлінських дій. Таким чином, управління медичними установами можливо розглядати з двох позицій:

1. З одного боку, менеджмент охорони здоров'я – це процес впливу на матеріальні, трудові та фінансові відносини (матеріальні, трудові та фінансові ресурси), їх організація для реалізації економічної і соціальної політики лікувально-профілактичного закладу.

2. З іншого боку, менеджмент охорони здоров'я – це сукупність всіх органів, керівний склад лікувально-профілактичного закладу і їх управлінські дії.

Аналіз управління (менеджменту) визначається його принципами, методами, функціями та цілями управління. Існують наступні принципи управління, а таким чином зазначимо:

1. Організаційні, координаційні та операційні принципи, спрямовані на активізацію та посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всієї команди. Серед них наступні: влада і відповідальність, одноосібне керівництво, єдність керівництва, централізація, лінійне управління, замовлення, стабільність, ініціатива і ін.

2. Принципи розвитку, які спрямовано на оптимізацію взаємовідносин і підвищення ефективності колективної діяльності. Це дисципліна,

справедливість, підпорядкування особистих інтересів загальним, дух співробітництва, послідовність персоналу, нагороди та ін.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету, представництва установи. Методи управління (найбільш загальна класифікація):

- організаційно-адміністративні
- економічні
- юридичні
- соціально-психологічні.

Крім того, методи управління включають:

- методи підкріплення та стимулювання;
- методи регулювання поведінки;
- методи оптимізації трудового процесу та підвищення відповідальності службовців;
- розвиток ініціативи співробітників та підвищення індивідуальної навички.

Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління будь-яким об'єктом має 3 рівні:

- стратегічний – на цьому рівні визначаються цілі та можливі результати та перспектива;
- тактичний – цей рівень дозволяє оптимально визначити конкретні завдання, організацію, поетапне впровадження та контроль результатів;
- оперативний – цей рівень забезпечує ефективне впровадження виробництва процеси з оптимальним використанням наявних ресурсів [20, с. 110].

До цього рівня можна додати облік, контроль і аналіз діяльності вже функціонуючих конструкцій. Розглянемо управління в контексті його використання в галузі безпеки здоров'я як мікросистеми управління медичним закладом як самостійною господарчою одиницею. У керівництві лікувально-профілактичного закладу визначають дві складові:

- суб'єкт управління (менеджери);

- об'єкт управління (трудові, фінансові та матеріальні ресурси).

У лікувально-профілактичному закладі існує три рівні системи управління:

- стратегічний рівень (головний лікар, директор);

- тактичний рівень (заступник головного лікаря по районах та дільницях, включаючи головну (старшу) медсестру);

- оперативний рівень (керівники відділів, підрозділів, які не мають підлеглих та інших керівників, включаючи старших медсестер філій).

Визначаючи ефективність управління охороною здоров’я, слід говорити про запровадження наукової організації праці, тобто створення оптимальної умови ефективного використання робочого часу працівниками. Особливе місце у виконанні рішень займає впровадження роботи медичних закладів із використанням сучасних технічних засобів для оперативного збору, зберігання, обробки та передачі інформації за допомогою сучасних засобів комунікацій. Все це досягається за допомогою автоматизації системи управління здоров’ям, тобто постійним забезпеченням менеджерів органів охорони здоров’я та установи з необхідною інформацією для впровадження завдання бухгалтерського обліку, планування, стратегічного та оперативного управління. Крім того, ефективність управління слід враховувати не тільки у формі оптимізації технологічних рішень, але також з урахуванням адекватних психологічних установок.

Серед факторів, що стримують розвиток індивідуальних якостей фахівців, можна виділити: відсутність особистісно-ціннісних орієнтацій; відсутність особистого інтересу; недостатня професійна кваліфікація; неможливість впливати на людей; нездатність самовдосконалення; неможливість керувати собою; відсутність почуття обов'язку; дезорганізація; нечесність; нездатність підпорядковувати особисті інтереси груповим завданням і установкам, колективним інтересам та ін. Мотивація є вкрай важливою для ефективного управління – зацікавлена діяльність і прихильність персоналу, поєднання виробничих, фізіологічних та психологічних настанов. Серед якісних способів дії на коллектив стиль керівництва відіграє важливу роль в управлінні (сукупність методів управління та психологія управління) [7, с. 60].

Функціонування охорони здоров’я в ринкових умовах вимагає високого професіоналізму від керівників та медичних працівників, а також глибокі знання маркетингу.

На ринку медичної діяльності діють такі групи суб'єктів:

1. Виробник, продавець медичних послуг та товарів (медичний заклад, медичний працівник);

2. Покупець – пацієнт (здоровий чи хворий), роботодавці різних форм майно, автосалони, обов'язкові та добровільні фонди медичне страхування, медичні страхові організації.

Маркетинг у галузі охорони здоров’я характеризується наступними складовими:

- асиметрія інформації від виробника та споживача щодо споживачів властивості отриманої послуги;

- майже абсолютна довіра до продавця медичних послуг;

- медична послуга, яку можна легко продати, повинна бути якісною;

- високий пріоритет медичних послуг;

- відсутність чіткої залежності між витратами на медичну працю працівники та кінцевий результат;

- пріоритет соціальної та медичної ефективності над економічною.

Основними видами маркетингу в галузі охорони здоров’я є:

- маркетинг медичних послуг, включаючи процес розробки, просування та здійснення медичних послуг з урахуванням потреб населення;

- маркетингові організації (створення, підтримка зв'язків з громадськістю з медичним закладом);

- маркетинг окремих людей (створення, підтримка відносин з конкретними спеціаліст);

- маркетинг місць (створення, підтримка відносин населення з конкретним місцем, де знаходиться медичний заклад);

- маркетингові ідеї (розробка та впровадження форм і методів публічного характеру; формування здорового способу життя, відмова від шкідливих звички,

планування сім'ї).

В охороні здоров’я маркетинг – це система принципів, методів та заходів, які засновані на всебічному вивченні споживчого попиту та цілеспрямованому формуванні пропозицій медичних послуг виробником.

Щоб зрозуміти суть маркетингу в системі удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я, потрібно врахувати наступне

1. Першою початковою ідеєю, що лежить в основі маркетингу, є ідея людського бракування. Бракування — відчуття браку, що відчувається людиною, чого-небудь. Це можуть бути фізіологічні, соціальні і особисті бракування. Якщо бракування не задоволена, людина відчуває себе знедоленим.

2. Другою основною ідеєю маркетингу є ідея людських потреб. Тобто це є потреба, яка набула конкретної форми відповідно до культурного рівня і певної особистості. Виробники товарів намагаються створити зв'язок між тим, що вони виробляють, та потребами людей. Наприклад, пацієнт, або будь-яка людина відчуває потребу в певному препараті.

3. Попит – це потреба, що підтримується купівельною спроможністю. Ресурси для задоволення потреб обмежені, тому людина обиратиме ці послуги або товари, які доставлять йому найбільше задоволення в ньому фінансові можливості. Наприклад, жінка, яка страждає на хворобу вен нижніх кінцівок, купує, перш за все, спеціальні панчохи, рекомендовані лікарем.

4. Людські вади, потреби та вимоги говорять про існування товарів, що вироблено назустріч їх потребам. Товари – це все те, що може задовольнити потребу і пропонуються ринком з метою привернення уваги, придбання, використання або споживання. Це можуть бути, крім продуктів та послуг, особи, місця, організації, діяльність та ідеї. Термін "товар" можна замінити іншими термінами – "задоволення потреб", "засоби компенсації", "пропозиція". В медицині ж – це медичні послуги, продукція фармацевтичної промисловості, медичне обладнання та ін.

5. Маркетинг відбувається в тих випадках, коли люди вирішили

задовольнити свої потреби та запити через обмін. Обмін – акт про отримання від будь-який бажаний об’єкт із пропозицією чогось замість цього. Обмін – це основна концепція маркетингу як наукової дисципліни.

6. Обмін відбудеться після досягнення згоди між сторонами щодо його умов.

Основною одиницею виміру в галузі маркетингу є операція. Операція передбачає наявність декількох умов: принаймні двох цінніснозалежних об'єктів, гармонізовані умови його існування, узгоджені час впровадження, погоджене місце проведення.

7. Поняття "операція" безпосередньо підводить нас до поняття "ринок". Ринок – це сфера взаємодії попиту та пропозиції, виробників та споживачів, покупців та продавців. У галузі охорони здоров’я ринок представлений установами охорони здоров'я. Крім того, є: ринок пацієнтів; ринок ідей; ринок фармакологічної продукції; ринок медичного обладнання; ринкові предмети і санітарно-гігієнічні послуги; ринок послуг у галузі фізкультури; ринок медичної освіти; ринок медичних послуг та нетрадиційні методи лікування; ринок медичного страхування тощо.

Будь-який ринок, включаючи ринок медичних послуг, може бути сегментований. Тому що різних медичних служб не може бути необхідних одночасно всім пацієнтам (або іншим споживачам послуг з догляду оздоровлення та обслуговування окремих частин (або сегментів) ринку. Найчастіше при сегментації ринку медичних послуг використовується географічні, демографічні, психографічні та поведінкові змінні [41, с. 80].

Так, сегментація за географічним принципом пропонує поділ ринку на різні географічні одиниці: республіки, області, міста, райони, селища, села. Крім того, ви можете використовувати різні медичні, географічні та кліматично-географічні умови. Сегментація за демографічним принципом полягає у розбитті на такі основні демографічні змінні, як: стать, вік, розмір сім'ї тощо. Демографічні характеристики простіші, ніж більшість інших типів вимірювання. Сегментація на психографічній основі проводиться серед споживачів медичних послуг, які

можна розділити на групи за ознакою приналежності до соціального класу, способу життя чи особистої спеціальної характеристики. Сегментація поведінки базується на поведінковій характеристиці споживачів медичних послуг. Споживачі поділяються на групи, залежно від їх знань, установок, характеру реакції на обслуговування.

Таким чином, ми можемо дати таке визначення медичного ринку послуги:

Ринок медичних послуг – це сукупність медичних технологій, продуктів, медичного обладнання, методів організації медичної діяльності, фармакологічні вироби, наркотичні засоби та їх профілактика, які реалізуються в умовах конкурентоспроможності економіки.

У маркетинговій діяльності медичного закладу (або лікаря) важливого значення має проведення маркетингових досліджень, які слід передбачити у самому початку будь-якої медичної діяльності. Маркетингове дослідження – це систематичне визначення кола даних, необхідних у зв'язку з маркетинговою ситуацією, з якою стикається організація, їх вибір, аналіз та звіт про результати.

Дослідники маркетингу зазвичай вирішують наступні завдання:

- вивчення характеристик ринку
- вимірювання потенційних можливостей ринку
- аналіз розподілу ринкових часток між фірмами
- аналіз продажів
- вивчення ділових тенденцій
- вивчення товарів та послуг конкурентів
- короткострокове прогнозування
- вивчення реакції на новий продукт та його потенціал
- довгострокове прогнозування
- вивчення цінової політики.

Крім маркетингових досліджень, одне з головних правил маркетингової діяльності – це багатоканальний продаж та продаж товарів (послуги).

Наявність багатьох груп споживачів різної статі, віку, соціального характеру послуги, та зацікавлених в цьому виді послуг, можна підтримувати

згідно постійних психологічних дій на споживача (реклама).

Медичні установи за умов маркетингу медичних послуг повинні розглядати:

- можливості споживача (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності);

- можливості медичного закладу (обладнання, штатний розпис, ліцензування служби, озброєні новим обладнанням, комерційним досвідом);

- якість, рівень та доступність медичних послуг (набір послуг, їх кількість, додаткові, бажані та обов'язкові послуги, можливості вдосконалення та оновлення послуг, їх новизна, практичний та медичний ефект тощо);

- конкуренція (кількість подібних послуг, їх якість та ефективність, оснащені новітніми технологіями, професійним рівнем фахівців та їх авторитет в інших установах).

1.3. Вітчизняний та зарубіжний досвід удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я

Сьогодні слід зазначити, що інтернаціоналізація міжнародних зв'язків, глобалізація та збільшення інтеграції зробили помітний вплив на сферу перейняття досвіду в системі управління. Не оминув цей процес і систему управління закладами охорони здоров’я. Для початку розглянемо зарубіжний досвід удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Досвід Чехії щодо фінансування охорони здоров'я. На основі матеріалів про реформу охорони здоров'я в Чеській республіці, де до початку реформ схема організації медичної допомоги була ідентична країнам СНД, можна констатувати, що досвід проведення реформи охорони здоров'я в цій країні, є прийнятним для України, зокрема, для великих міст. Менш ніж за два роки, Чеська республіка повністю змінила систему охорони

здоров'я, переклавши її на фінансування від медичного страхування та від внесків від працедавців. (80%) В результаті витрати на охорону здоров'я збільшилися за два роки на 40%. Перехід від централізованої (адміністративної) системи організації надання медичної допомоги до системи, що забезпечує гарантований доступ до медичного обслуговування в умовах дефіциту бюджетного фінансування, реалізувався через упровадження системи медичного страхування. Основні напрями організації надання медичної допомоги полягали в наступному: розподіл клінічних ресурсів, установка відносної вартості послуг лікарів, установка кількості і розподіл лікарів, створення єдиної інформаційної бази. Основним завданням було створення організаційної структури, яка відповідає новим умовам і вимогам надання загальнодоступної і гарантованої медичної допомоги жителям міста. Перша і обов'язкова умова - всі ЛПУ міста, незалежно від форми власності, повинні мати юридичний статус і здійснювати свою діяльність згідно Статуту і укладеним договорам з органом, що здійснює страхування медичної допомоги.

Друга умова – міське управління охороною здоров'я перетворюється на Муніципальний фонд по 64 розвитку охорони здоров'я і медичному страхуванню (МФМС) працюючого відповідно до Статуту, який окрім розподільних функцій повинен виконувати фінансові зобов'язання, а саме: – спостерігає за встановленим рівнем внесків, витратами і збором внесків – відстежує проходження засобів на охорону здоров'я з джерел формування, по всіх видах платників податків і працедавцях – контролює своєчасність надходження засобів і їх повноту до міського бюджету на статтю "Медичне страхування", у випадках бюджетного дефіциту, організовує фінансову допомогу і додаткове фінансування за рахунок кредитів, позик і т.п. – підтримує збалансованість між кількістю гарантованої медичної допомоги і наявними фінансами через видачу жителям міста страхових медичних полісів, причому, при цьому повинна виконуватися така умова: сума виданих полісів на отримання гарантованого медичного обслуговування не повинна перевищувати суму коштів передбачених міським бюджетом по розділу охорона здоров'я. Передбачена можлива структура

надходжень страхових засобів: - 50 % від працедавців - 30 % від міських органів - 15% від обласних структур - 5 % від приватних осіб, які купили страхові поліси. В задачах МФМС передбачалося - постійне ведення Міського переліку медичної допомоги і послуг (своєрідна "шкала процедур", яка ведеться як державний банк даних і включає 4 000 пунктів). МФМС на об'єм засобів встановлених в бюджеті, організовує як би "продаж" медичним установам цих засобів з вказівкою переліку медичної допомоги і видів медичних послуг, граничний рівень витрат або тарифи на кожний вид, інші обов'язкові умови зібрані як би в "пакети" документів [10, с. 8–11].

Цей своєрідний "пакет" (перелік медичної допомоги і тарифи на них) і аванс засобів у розмірі 80% вартості, до початку планованого кварталу, передаються на виконання ЛПУ. Організація торгів серед ЛПУ на придбання "пакетів", повинна була різко усилити їх зацікавленість в підвищенні якості медичної допомоги. В результаті такого підходу деякі ЛПУ, які надають соціально значущі види допомоги або пріоритетні послуги, можуть не одержати "пакету" або не доберуть засобів, тоді задача МФМС - за рахунок залучення не бюджетних засобів (кредитів банків і ін.) підтримати такі ЛПУ. В паралель з організацією МФМС і доданням юридичного статусу ЛПУ, в Чеській республіці передбачалося почати роботи по виділенню первинної медико-санітарної допомоги населенню (дільничної терапевтичної медичної допомоги) з поліклінічної, в самостійні юридичні медичні установи першого рівня за поданням первинної допомоги населенню за місцем проживання. Така міра сприяє забезпеченню широких кругів населення доступною і гарантованою медико-санітарною допомогою, підвищує професійну активність лікарів без зниження кількості і якості медичної допомоги. Найефективнішим економічним рішенням була передача фінансування тільки первинної медико-санітарної медичної допомоги (дільничних лікарів) з районних бюджетів. Організаційна схема виглядала приблизно так: районний орган самоврядування укладає договір з медичною установою первинної медичної допомоги на надання медико-санітарної допомоги по видах, кількості і якості. В договорі встановлюються:

кількість жителів, нормативи фінансування, взаємні зобов'язання і відповідальність сторін, дислокація ділянки обслуговування і інші договірні умови. У свою чергу, медична установа первинної медичної допомоги укладає договір з територіальними відділеннями МФМС [2, с. 100].

Основа становлення нової системи – першочергова розробка інформаційної бази, створення єдиного банку даних медичних послуг, тарифів, жителів, кадрово-кваліфікаційного складу медперсоналу. Взагалі, на сьогодні в світовій практиці виділяють три основні системи фінансування охорони здоров'я з точки зору організаційно – фінансових особливостей: - державна система (бюджетна, національна, "модель Беверіджа" або беверіджська система (Великобританія), а так само соціалістична): основний постачальник медичних послуг – держава, вони надаються як суспільне благо, фінансування здійснюється за рахунок загального оподаткування, управління і контроль з боку урядових органів, рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян. Принципи соціалістичної охорони здоров'я багато в чому співпадають з беверіджськими системами, але на відміну від них їм характерні всеосяжна роль держави в організації охорони здоров'я, зверх - централізація управління (принципи були розроблені Н.А. Семашко і встановлені в основу охорони здоров'я СРСР). – система соціального медичного страхування (страхова система, "модель Бісмарка" або бісмаркська система (Німеччина)): роль уряду в такій системі обмежена, воно визначає перелік основних послуг, які повинні виявлятися застрахованим, встановлює групи населення, які повинні бути застраховані, регулює величину страхового внеску, дозволяє спірні питання і визначає основні правила гри. - приватна система (США): ставить основною задачею не суспільну, а індивідуальну відповідальність за здоров'я, має розвинену систему приватного медичного страхування, велика різноманітність програм, що охоплюють значну частину населення, серед основних державних програм можна виділити – для старих, для бідних, для військовослужбовців, для тих військових, що знаходяться у відставці. Програми для середнього класу в основному здійснюються приватними страховими компаніями.

В контексті вітчизняного досвіду удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я розглянемо бюджетне та позабюджетне фінансування охорони здоров’я. В умовах обмеженого фінансування охорони здоров'я України, лише близько 40% від потреб галузі фінансується з бюджету. Одним з основних завдань реформи системи медичної допомоги є комплексна перебудова її фінансування. З цією метою необхідно використовувати всі можливості для мобілізації потрібних засобів, як за рахунок державного бюджету, так і додаткових позабюджетних джерел фінансування. Тільки за рахунок бюджетного фінансування галузь не може функціонувати. В дослідженні, проведеним Світовим банком робиться висновок, що щоб удосконалити систему охорони здоров'я за рахунок розширення доступу до платних медичних послуг, Україні слід здійснити такі заходи: - введення номінальної платні за кожний візит до лікаря, в поліклініку або в лікарню. - обмеження кількості медичних послуг, які кожна сім'я може одержати безкоштовно протягом року. – упровадження надійної національної системи медичного страхування, яка б дала можливість громадянам України об'єднувати ризики і допомогла б сплатити навіть ті майбутні медичні послуги, вартість яких перевищуватиме щорічну межу, за рахунок невеликих і стабільних щомісячних платежів. - упровадження системи соцстрахування, яка б гарантувала кожному громадянину можливість отримання необхідних медичних послуг у разі відсутності засобів на його оплату. - усунення перешкод, які на сьогоднішній день існують на шляху відкриття приватної медичної практики. Позабюджетні засоби виконують функцію додаткових засобів, які покривають брак бюджетних асигнувань для надання медичної допомоги населенню. В 2003 році об'єми позабюджетних надходжень матеріальних і фінансових ресурсів коливалися в різних медичних установах від 2 до 24% фактичних витрат. Зняти фінансову напругу і дефіцит засобів вони, звичайно, не змогли. Але, ця робота дозволяє розвивати і накопичувати важливий досвід по залученню позабюджетних фінансів з різних джерел, включенню населення в оплату витрат охорони здоров'я. Незважаючи на невеликі об'єми, ці засоби створюють умови і

можливості для керівництва медичних установ в господарському маневруванні, дозволяють погашати невідкладні платежі, які необхідні для створення мінімальних умов надання медичної допомоги і постійної роботи установ охорони здоров'я. Руйнівна економічна і фінансова криза, що поразила всі країни СНД, обмежила можливості держав в соціальній сфері і в першу чергу в можливості фінансувати охорону здоров'я. Це породило великий дефіцит фінансів, збільшений структурними диспропорціями радянської охорони здоров'я і недостатньою ефективністю використання обмежених ресурсів [21, с. 70].

Пошук нових можливостей привів до введення обов'язкового медичного страхування в Росії, Естонії, Казахстані, Киргизії. Поки альтернативи медичному страхуванню – немає, і всі розвинені країни світу йдуть цим шляхом, використовуючи медичне страхування як фінансовий інструмент збору засобів на медичну допомогу населенню і для справедливого фінансування ЛПУ незалежно від форми власності на підставі урахування кінцевих результатів за об'ємом і якістю медичних послуг. У великому числі публікацій про медичне страхування, аналізуються і систематизуються системи медичного страхування розвинених країн світу. Відразу впадає в очі велика кількість підходів, фінансових, економічних і організаційних механізмів медичного страхування [6, с. 17–20].

Склад суб'єктів системи медичного страхування в кожній країні практично однаковий, а ось законодавчі, історичні, соціальні, економічні закономірності і умови їх взаємодії - істотно відрізняються. В Україні сьогодні діє ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування. До них в першу чергу можна віднести: – у населення відсутній позитивний досвід взаємостосунків із страховими компаніями. Необхідні постійні професійні зусилля для формування соціально-позитивного іміджу страхування як механізму справедливого соціального перерозподілу ризику і захисту майнових інтересів громадян. – у суспільстві є наявним соціальна невизначеність статусу і перспектив медичного страхування. Феноменальна колізія безкоштовності медичної допомоги і реалій фактично

сформованого ринку платних медичних послуг створює серед більшості населення ілюзію не актуальності медичного страхування під девізом «я здоровий, мені це не потрібно, не дай боже занедужаю — знайду рішення сам, без медичного страхування». – податкове законодавство практично зводить нанівець страховий інтерес працедавця в проведенні медичного страхування працівників підприємств і членів їх сімей.

Страхові платежі необхідно платити з прибутку. Прибуткові підприємства намагаються в першу чергу спрямовувати засоби на розвиток виробництва і виплату дивідендів. - можливість проведення медичного страхування за рахунок засобів громадян різко обмежена низьким рівнем реальних доходів населення, затримками з виплатою заробітної платні, збільшенням чисельності не працюючого населення. - обмежений рівень постатейного бюджетного фінансування ЛПУ обумовлює зниження рівня медичної допомоги і погіршення умов перебування пацієнтів в медичних установах.

Систематично недофінансуються витрати ЛПУ на медикаменти, продукти харчування, поточний ремонт будівель, медичного устаткування. В цих умовах дуже важко компенсувати недостачу засобів за рахунок медичного страхування і забезпечити високий рівень медичної допомоги застрахованим. - число страхових організацій, які мають досвід проведення медичного страхування, обмежено. У зв'язку з цим повсюдне упровадження медичного страхування за участю страхових організацій зажадає значний період часу. - в Україні закону про обов'язкове медичне страхування все ще немає, але чинне законодавство і нормативна база дозволяють розширити фінансування охорони здоров'я за рахунок позабюджетних джерел шляхом включення населення в оплату окремих медичних послуг і часткового відшкодування витрат на медичну допомогу, а також у вигляді добродійних внесків і пожертвувань. Це дозволить спрямувати на потребі охорони здоров'я гроші, які знаходяться в тіньовому обороті [30, с. 98–100].

Законодавча і нормативна база, що дозволяє привертати засоби і матеріальні цінності з позабюджетних джерел в Україні за останні роки

неодноразово змінювалася. Сьогодні можна констатувати, що декларація пільг і безкоштовних умов надання медичної допомоги набагато ширше, ніж реальні можливості фінансування охорони здоров'я. Медична діяльність в Україні ліцензується, і за роки незалежності України законодавча база в цьому напрямі теж часто змінювалася. Законодавча процедура видачі ліцензії дуже недосконала і створює багато перешкод підприємцю для її отримання. Таким чином, багато фахівців вважають, що подолати кризу у вітчизняній медицині можна, лише упровадивши багатоканальне фінансування охорони здоров'я (зокрема і за рахунок обов'язкового державного медичного страхування - ОДМС). Очікується, що з введенням ОДМС додатково привернуті засоби в систему охорони здоров'я складуть в перший рік – близько 7 млрд. грн., а в подальші – в середньому від 6 до 8 млрд. грн. В результаті витрати на медичне обслуговування однієї людини збільшаться удвічі, приблизно до 300 грн. Задум полягає в тому, щоб організувати систему багатоканального фінансування таким чином: перший рівень — бюджетне фінансування, другий — відрахування на ОДМС і третій — добровільне медичне страхування (ДМС).

Повертаючись до аналізу світового досвіду зазначимо, що в країнах Західної Європи застосовується система фінансування медичних установ, де об'їм надання медичних послуг особі, що бере участь в системах страхування, не залежить від розміру внесків до фондів медичного страхування, тому що у формуванні цих фондів беруть участь працюючі, підприємці, держава, але питома вага їх участі різна. Наприклад: держава - 85%; працююче населення -10 - 12%; застрахована особа – 8 - 10%. Але ці показники в процесі розвитку системи медичного страхування можуть коректуватися залежно від розвитку і соціально-економічної ситуації в державі: чим багатше держава, а відповідно і вище рівень життя населення, тим більшу частину грає приватне медичне обслуговування: державне - 65%; приватне некомерційне - 20%; приватне комерційне - 15%. Внески на ОДМС мають характер податків, тому дуже важливо на початку організації системи ОДМС визначитися з розмірами внесків. Світова практика свідчить, що вони не можуть бути нижче 8% від ФОП. Слід враховувати, що

можливості підприємств не безмежні. Якщо не збільшувати "податковий прес" на працедавців, то необхідно переглянути систему перерозподілу існуючих відрахувань в процентному виразі [45, с. 70–71].

При плануванні витрат бюджету (кошторису) медична установа з наступних показників:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (госпіталів) - кількості ліжок;
- для амбулаторно-поліклінічних установ - кількості лікарських посад;
- для фельдшерсько-акушерських пунктів - кількості установ.

При складанні кошторисів лікарень важливе значення має чітке визначення кількості ліжок в стаціонарі на початок планового року, який встановлюється на основі фактичної їх кількості на звітну дату і можливості збільшення їх на кінець поточного року. Окрім кількості ліжок в лікарні, потрібно встановити кількість днів функціонування одного ліжка в рік, яка визначається за кожним профілем ліжок шляхом розподілу кількості ліжок. Практично цей показник встановлюється вищестоящим органом. Кількість ліжко - днів по кошторису визначається шляхом множення середньорічної кількості ліжок на кількість днів функціонування ліжка. Загальний розмір амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення визначається кількістю відвідувань за рік. Таким чином, діяльність поліклініки визначається: кількістю лікарських відвідувань, річною завантаженістю лікаря, кількістю лікарських посад. Визначення заробітної платні лікарів розробляється згідно з тарифікаційними списками. На практиці вони об'єднуються в штатному розкладі. За підсумками тарифікації (стаж, освіта) визначаються середні ставки заробітної платні по групах персоналу шляхом розподілу місячної заробітної плати на кількість ставок. Кількість ставок - це число штатних посад на початок планового року, воно визначається, враховуючи їх фактичну наявність на останню звітну дату з урахуванням заповнення посад до кінця року і розширення об'єму діяльності. Відповідно до потужності лікарняних закладів визначаються витрати на опалювання, освітлення, тобто господарські витрати. Витрати на придбання м'якого і твердого інвентарю і устаткування визначаються на основі

встановлених норм, по устаткуванню - з розрахунку на рік, а по м'якому інвентарю - на одного хворого. Всі вони здійснюються в межах асигнувань з бюджету. Витрати на харчування здійснюються відповідно до натуральних норм, встановлених на одного хворого, але в межах засобів, передбачених в кошторисах витрат на утримання лікарень. Інші статті кошторису витрат теж розраховуються на основі показників, норм, статистичних даних по лікарні.

Формат бюджету витрат може змінюватися в різних медичних установах залежно від прийнятої бухгалтерської системи і видів послуг, які надаються. Некапітальні витрати включають зарплату, забезпечення, комунальні послуги і харчування. В умовах адміністративної економіки, у керівників звичайно є докладні інструкції по розробці і використанню кожного з цих типів витрат. Крім того, багато витрат ґрунтуються на фіксованій, а не на змінній базі. Наприклад, в Україні важко прийняти нових співробітників на роботу, звільняючи тих, що вже є, а іноді навіть просто перемістити з одного відділення в інше. Чинники вартості зарплати, необхідні при розробці штатного бюджету, включають: змішання персоналу (лікарі, медсестри, допоміжний персонал, адміністрація); розмір ставки (повна або неповна); ставка почасової зарплати або ставка зарплати; очікуване підвищення зарплати протягом року; зміни в податкових ставках. Чинники вартості необхідні при розробці в бюджеті забезпечення і інших комунальних послуг, які включають: відмінність між фіксованим (наприклад, забезпечення для прибирання, контроль за шкідниками) і змінним забезпеченням (бинти, засоби для дезінфекції), інфляцію, фактичне використання забезпечення впродовж бюджетного періоду, зміни у використанні через зміни в лікувальній або операційній практиці, сезонність (наприклад, опалювання). Поточний бюджет витрат для фінансового планування звичайно включає витрати для всіх цих ресурсів, узяті на щорічній основі [18, с. 112]. Оскільки капітальні засоби розраховані більш ніж на один рік, вони не повинні звичайно включатися до поточного бюджету. Проте в деяких випадках величина капітального забезпечення може бути включена до бюджету витрат, якщо її рахувати як щорічні витрати, або як один з видів системи відшкодування витрат (наприклад,

оплата може включати капітальні витрати на випадок хвороби).

Висновки до першого розділу

Підсумовуючи, зазначимо, що в межах загальної теорії управління відокремилося й успішно розвивається удосконалення механізмів управління удосконалення організації системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я як окремий науковий напрямок, що вивчає специфічну систему методів діяльності. З іншого боку, управління удосконалення організації системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я вказує на їх прикладне значення, а отже, належить до практичної галузі й до сфери управлінської діяльності, для здійснення якої необхідно створювати відповідну систему управління.

Управління охорони здоров'я вивчає соціально-економічні закономірності формування та використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, спрямованих на вдосконалення системи охорони здоров'я та медико-соціальне забезпечення заходів по зміцненню здоров'я населення. Управління аналізує форми прояву адміністративних і економічних законів у охороні здоров'я, роль галузі в економіці національного господарства, ефективність, методи раціонального і ефективного використання матеріальних фінансових і кадрових ресурсів.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІТИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ЗАСАДИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЕКТУВАННЯ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Система адміністративного управління закладів охорони здоров'я на сучасному етапі

Сьогодні не агресія із боку сусідньої держави, а той факт, що впродовж останнього десятиріччя XX століття ознаменувалось для України радикальними змінами в суспільном та економічному житті, впливає на стан системи адміністративного управління закладів охорони здоров'я на сучасному етапі. Справа в тому, що соціально-політичні реформи означають перехід від тоталітаризму до демократії, а економічні реформи – перехід від адміністративно-командної системи до ринкових засад ведення господарства, а в житті кожної конкретної людини – перетворення його як «гвинтика загальної системи»в самостійного суб'єкта господарської діяльності.Цей історичний період розвитку нашої історії нащадки, швидше за все, назвуть часом складним, багато в чому суперечливим, але історично неминучим. Багато інновацій проникли в цей період не тільки в лексику і професійну діяльність, але практично весь уклад життя пересічних громадян; також з'явився термін «менеджмент» [16, с. 112]. Як будь-яка мода, «менеджмент» в Україні кінця XX століття блискавично охопив всі сфери людської діяльності: підприємництво, промисловість, торгівлю, медицину,освіту і т.д. Соціологи, традиційно проводячи опитування випускників середніх шкіл, виявили, що в окремих класах до 25-30% опитуваних хотіли б в майбутньому стати менеджерами. А на питання: «Що Ви будете робити як менеджер-професіонал?» – найчастіше наступала пауза з подальшою відповіддю: «Напевно, чимось керувати ...».

Слід памятати, що терміни «управління» і «менеджмент» відносяться до категорії «розмитих», які не піддаються точному визначенню понять.

Менеджмент (від англійського menegement – управління, завідування, організація) система управління підприємством (установою, організацією), орієнтована на задоволення суспільних потреб за допомогою виробництва товарів і послуг в умовах ринкового господарювання. Менеджмент – це область управління економікою, яка поширює свій вплив на управління організаціями, персоналом, виробничими процесами в масштабах організації, компанії, фірми, проекту. Менеджмент – це ефективне використання і координація таких ресурсів, як капітал,будівлі, матеріали і праця для досягнення заданих цілей з максимальною ефективністю. У спрощеному варіанті менеджмент – це координація людських та інших ресурсів з метою вирішення поставлених організаційних завдань, тобто це вміння досягати поставлених цілей, використовуючи працю, інтелект, мотиви поведінки інших людей. У широкому сенсі слова менеджмент означає стиль господарської діяльності, поведінку в умовах прийняття рішень щодо використання матеріальних і духовних ресурсів як всередині підприємства, так і в сфері маркетингу. Зміст поняття «менеджмент» розкривається широко і багатогранно: менеджмент як спосіб управління, керівництва, напрямки або контролю; це мистецтво управління і керівництва; це люди, які контролюють і направляють роботу організацій, а також управлінський персонал.

В економічно розвинених країнах поняття «менеджмент» нерідко поєднується з поняттям «Бізнес». Бізнес – це діяльність, спрямована на отримання прибутку шляхом створення і реалізації певної продукції або послуг [51, с. 72–73].

«Управління бізнесом» (business management) – це управління комерційними, господарськими організаціями. Поряд із ним практично як синонім застосовується термін business administration, який можна перевести як «ділове адміністрування». Термін «менеджмент» можна застосувати до будь-яких типів організацій, але, якщо мова йде про державні органи будь-якого рівня, то професор Л. І. Евенко вважає більш правильним використовувати термін public administration – «державне управління». Під словом менеджмент криється

кілька відмінних один від одного понять: це і когорта сучасних керуючих (сукупність менеджерів), і наука управління, і діяльність з управління. В тому числі, менеджмент як збірне явище від менеджерів – це певна категорія людей, соціальний шар тих, хто здійснює роботу по управлінню. Ця діяльність перетворилася згодом у професію, область знань – у самостійну наукову і навчальну дисципліну, а соціальний шар працівників - в дуже впливову громадську силу. Менеджер - (англійська - manaqer - від manage - управляти) особа, яка організує роботу певного числа співробітників в умовах ринкового господарства на основі сучасних методів управління. У сучасній ринковій економіці менеджер в основному є найманим керуючим.Просування по службових сходах сучасного менеджера, на відміну від класичного підприємця - власника, залежить не від частки капіталу, вкладеного в акції, а від особистої підприємливості та рівня компетенції. Для сучасного менеджменту характерні децентралізація, зосередження більшої відповідальності на нижчих рівнях управління і перш за все на робочих місцях. У зв'язку з цим знання основ технології управління стає необхідним не тільки професійним менеджерам, а й рядовим співробітникам.Менеджмент формує комунікації між людьми і визначає індивідуальний внесок кожного працюючого в загальний результат.

Менеджмент в охороні здоров'я – це наука управління, регулювання та контролю фінансовими, трудовими і матеріальними ресурсами охорони здоров'я. Мета менеджменту в охороні здоров'я – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення при наявних ресурсах. Стосовно до медико-виробничої діяльності поняття «менеджмент» і «менеджер» (керівник) правомірно поширити на такі процеси і осіб, керуючих цими процесами:

- управління виробничо-господарською діяльністю державних організацій сфери охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичні послуги;

- управління виробничої та ринкової підприємницькою діяльністю комерційних організацій охорони здоров'я з боку найманих керуючих, залучених власниками. В окремих випадках господар, власник справи, може виконувати і

функції менеджера;

- безпосередне управління медичним, допоміжним персоналом, які виконують послуги охорони здоров'я [60, с. 90–91].

Управління охороною здоров'я – це менеджмент, об'єктом якого є складна, соціотехнічна відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта робить управління ним надзвичайно складним. До основних особливостей управління охороною здоров'я відносять:

- особливу відповідальність прийнятих рішень, від яких залежить життя і здоров'я населення;

- труднощі, а іноді і неможливість передбачення віддалених наслідків,прийнятих рішень;

- труднощі, а іноді і неможливість виправлення неправильних рішень.

Завдання управління охороною здоров'я – це найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я. В охороні здоров'я, медичної діяльності управління орієнтоване на виробництво,розподіл, обіг, споживання медичних товарів і послуг, учасників цих процесів (персонал і організації, які здійснюють систему охорони здоров'я діяльність) і в певному ступені – на пацієнтів – споживачів послуг. Медична діяльність є досить специфічною частиною невиробничої сфери, а медична послуга відрізняється від будь-якої іншої, але застосування теорії класичногоменеджменту в охороні здоров'я можливо за умови внесення деяких коректив.Справедливість такого твердження доводиться вже наявним досвідом застосування методів менеджменту в організації управління у деяких (особливо недержавних) медичних установ. На тлі загальних тенденцій розвитку вітчизняного виробництва в бік застосування теорії і практики менеджменту в управлінні системою охорони здоров'я дуже сильно відстає. Про це свідчать відсутність фахівців в області медичного менеджменту,убогість літератури на дану тематику. Подібне відставання призводить до того, що система охорони здоров'я в Україні стає нежиттєздатною. Це обумовлено переходом всієї медико-технічної

діяльності на ринкову систему. Устаткування, медикаменти та витратні матеріали купуються за ринковими цінами, а фінансування ЛПУ знижується, незважаючи на введення медичного страхування і появи можливостей активного пошуку додаткових джерел фінансування. Одним з головних завдань управління є встановлення цілей, заради досягнення яких формується, функціонує і розвивається організація як цілісна система. Цілепокладання – це вихідний момент у діяльності менеджера, що набуває все більшого значення в умовах розвитку ринкової економіки. Цільова функція починається із встановлення місії організації, що виражає філософію і сенс її існування. У ній зазвичай деталізується статус організації, декларуються принципи її роботи, заяви і справжні наміри керівництва, дається визначення найважливіших характеристик. Місія утворює фундамент для встановлення цілей організації в цілому, її підрозділів і функціональних підсистем (маркетинг, інновації, виробництво, персонал, фінанси, менеджмент), кожна з яких ставить і реалізує свої цілі, логічно випливають із спільної мети. Цілі – це конкретизація місії організації у формі, доступній для управління процессом їх реалізації [50, с. 80].

Для них характерні такі риси і властивості:

- чітка орієнтація на певний інтервал часу;
- конкретність і вимірність;
- несуперечливість та узгодженість з іншими цілями і ресурсами;
- адресність і контрольованість.

У загальному плані мета управління – це активізація працівників усіх підрозділів організації на раціональне кадрових, інтелектуальних, фінансових і матеріальних ресурсів.

В якості зручного і апробованого практично інструмента можна використовувати побудову цільової моделі у вигляді деревовидного графа - дерева цілей.

За допомогою дерева цілей описується їх впорядкована ієрархія, для чого здійснюється послідовна декомпозиція головної мети на підцілі за такими правилами:

- загальна мета, яка перебуває в вершині графа, повинна містити опис кінцевого результату;

- при розгортанні загальної мети в ієрархічну структуру цілей виходять з того, що реалізація підцілей кожного наступного рівня є необхідною і достатньою умовою досягнення мети попереднього рівня;

- при формулюванні цілей різних рівнів необхідно описувати бажані результати, але не способи їх отримання;

- підцілі, які для кожного рівня повинні бути незалежні одна від одної і не виходити одна із одної;

- фундамент дерева цілей повинні складати завдання, що представляють собою формулювання робіт, які можуть бути виконані певним способом і в заздалегідь встановлені терміни.

Процес менеджменту по цілях складається з чотирьох етапів:

1. Визначається коло повноважень і обов'язків керівників усіх рівнів.

2. Здійснюються розробка і узгодження цілей і завдань управління в рамках, встановлених обов'язків.

3. Складаються реальні плани досягнення поставлених цілей.

4. Проводяться контроль, вимір, оцінка роботи та отриманих кожним керівником показників і по каналах зворотного зв'язку коригування завдань, що може зажадати нового узгодження цілей.

Мета менеджменту – досягнення високого рівня ефективності виробництва, якості продукції і послуг при постійному розширенні та оновленні їх номенклатури. Генеральна мета управління системою охорони здоров'я країни, регіону – підтримка і зміцнення здоров'я населення, скорочення захворюваності, збільшення тривалості життя. У цьому сенсі удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я бере участь в реалізації місії зміцнення громадського здоров'я, яка має право вважатися однією з головних цільових установок держави і суспільства. Обумовлені генеральною метою управління цілі управління державним і недержавним секторами економіки охорони здоров'я мають виражену специфіку.

Мета управління державним сектором - забезпечення населення послугами охорони здоров'я на засадах їх загальнодоступності. Мета управління недержавним сектором - забезпечення потреб платоспроможної частини населення, зниження навантаження на державний сектор при одночасному досягненні беззбитковості і нормативної прибутковості підприємницьких організацій [19, с. 89].

Процес удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я має певну технологію, засновану на визначенні цілей різного характеру - від ідеалу до визначення кінцевих результатів у вигляді показників- принципів, методів, функцій. Технологія управління являє собою систему операцій і процедур, що виконуються впевній послідовності.

Послідовність дій, що приводять до мети називають алгоритмом управління. Цю послідовність можна пов'язати з головними функціями управління – плануванням, організацією, керівництвом і контролем.

Управління включає аналіз об'єкта управління як системи: складових її підсистеми,елементів їх зв'язків і взаємодії, а також результатів цієї взаємодії системних якостей, якими володіє тільки система в цілому і яких немає у окремо взятих підсистем і їх елементів.

Ситуаційний аналіз дозволяє проаналізувати ситуацію, в якій функціонує і розвивається об'єкт управління (система): виявити проблеми, ранжувати їх за ступенем важливості для досягнення мети, оцінити внутрішні і зовнішні ресурси, виділити пріоритетні проблеми, виходячи зі ступеня їх впливу на кінцевий результат діяльності системи, досягнення її цілей і ресурсів, необхідних для вирішення відповідних проблем.

Проведення системного і ситуаційного аналізу дозволяє сформулювати і обгрунтувати мету та шляхи її досягнення – розробити стратегію управління і стратегію розвитку об'єкта управління. Сенс управління полягає в досягненні цілей через подолання проблем. Проблема розглядається як перешкода в досягненні мети та протиріччя бажаного і дійсного.Виявлення, і ранжування

проблем, виділення серед них пріоритетних дозволяє сформулювати найважливіші завдання, від вирішення яких залежить досягнення поставленої мети, і правильно розподілити обмежені ресурси охорони здоров'я.

Таким чином, процес удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я включає 6 основних комплексів-заходів:

- постановка цілей і завдань;
- визначення способів досягнення цілей;
- навчання та підготовка кадрів;
- реалізація управлінських рішень;
- перевірка результатів їх виконання;
- коригування керуючих впливів.

В управлінні завжди присутні дві сторони:

- суб'єкт управління - це ті, хто управляє (керівники, організатори);
- об'єкт управління - це ті, ким або чим управляють (трудові, фінансові та матеріальні ресурси).

Якщо суб'єкт управління керує власними діями, тобто суб'єкт і об'єкт об'єднуються в одній особі, в цьому випадку має місце окремий випадок керування, який називається самоврядуванням.

Об'єктом управління є система охорони здоров'я (або її підсистеми, окремі підрозділи і бюджетні установи). Система – сукупність взаємопов'язаних, взаємодіючих елементів, що має єдину мету і володіє системними якостями. Об'єкт удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я в охороні здоров'я – це будь-яка організація, що займається лікувально-профілактичного діяльністю [38, с. 8–9].

За ознакою об'єкта розрізняють генеральний і функціональний менеджмент.

Генеральний (загальний) менеджмент полягає в управлінні медичною установою в цілому. Функціональний (спеціальний) менеджмент полягає в управлінні певними сферами діяльності ЛПУ і його ланок.Це управління

інноваційною, фінансовою, професійної та маркетинговою діяльністю. Інноваційний менеджмент полягає в необхідності вкладень у випробування і впровадження нових методів діагностики і лікування, їх сертифікації. Фінансовий менеджмент залежить від питомої ваги кожного джерела фінансування і можливостей переміщення коштів з однієї статті кошторису в іншу, від ступеня прибутковості установи. На проведення професійного (персонального) менеджменту впливають розмір заробітної плати медичних працівників, можливості економічного стимулювання, підвищення кваліфікації, соціально-психологічний клімат в колективі.

На стратегію удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я ЛПУ великий вплив робить політика держави щодо охорони здоров'я населення (закони та інші нормативні акти, фінансування, визначення обсягу платній і безкоштовної медичної допомоги) [8, с. 60].

Так само на стратегію генерального менеджменту впливає географічне розташування і технічні особливості ЛПУ, доступність медичної допомоги, забезпеченість кваліфікованим персоналом, купівельна спроможність пацієнтів. В управлінні медичною діяльністю, особливо тією її частиною, яка безпосередньо пов'язана з лікуванням, наданням медичних послуг, яка визначає роль повинна належати самоврядуванню. Тільки лікарі і менеджери здатні розібратися як в змісті і методах лікування, так і в економіці процесів надання медичних послуг.Зовнішнє втручання некомпетентних осіб, незалежно від займаних ними посад і положення в управлінні процесами надання медичних послуг, може стати причиною важко виправних і навіть невиправних помилок, втрати економічних ресурсів і, що ще небезпечніше, втрати здоров'я населенням, споживачами послуг охорони здоров'я.

На характер управління медичними, медико-виробничими організаціями накладає відбиток взаємодія внутрішнього та зовнішнього управління. Внутрішнім називають управління, при якому керуючий вплив формуються в самої керованої системі, всередині її. Орган управління, що виробляє

управлінській вплив, утворює разом з керованою системою єдиний, господарський комплекс чи орган управління, а також особи, які здійснюють управління, входять при внутрішньому управлінні до складу керованої організації, її штат. Зовнішнім називають управління, при якому управляючі впливи надходять в керовану систему із зовні.

Відзначимо, що стосовно організацій, установ, їхніх відокремлених підрозділів (відділень, відділів, лабораторій) розподіл на внутрішнє і зовнішнє в певному ступені умовний.

Наприклад, розпорядження керівника підрозділу, віддане по самому підрозділу, є внутрішнім, тоді як рішення адміністрації організації щодо кола питань, що зачіпають лише даний підрозділ, правомірно розглядати як зовнішнє. У той же час вирішення адміністрації, що поширюються на організацію, на її підрозділи, слід відносити до внутрішнього управління. Зовнішнє управління більш поширене в системі управління організаціями державного сектора економіки охорони здоров'я, а внутрішнє управління - в системі управління організаціями недержавного сектора. Однак в будь-якому випадку має місце те чи інше поєднання елементів внутрішнього і зовнішнього управління [30, с. 110].

Але в окремих ключових питаннях зовнішнє управління має пріоритети в порівнянні із внутрішнім. Взагалі ж співвідношення внутрішнього і зовнішнього управління, що характеризує ступінь демократизації, багато в чому залежить від природи соціально-економічного ладу, що панує в країні, а також тенденцій централізації і децентралізації управління. Різновидом внутрішнього управління є самоврядування – внутрішнє управління організацією, фірмою, компанією з боку їх органів управління, що грає основну роль в управлінні. В умовах самоврядування зовнішнє управління обмежується відносно вузьким колом проблем у широкому розумінні і втілюється у вигляді законів, урядових постанов, національних програм, обов'язкових для широкого кола організацій та осіб і вимагають неухильного виконання усіма, на кого поширюється дія законодавчих та інших нормативних актів.

З урахуванням цих обмежень самоврядні організації мають право

самостійно приймати і здійснювати управлінські рішення, спираючись на власне, внутрішнє управління. Таким чином, в умовах самоврядування внутрішнє управління переважає над зовнішнім, займає провідне місце в повсякденному, поточному управлінні. Природно, що глобальні питання організації управління охороною здоров'я, які поширюються на всі (або багато) організації медико-соціального комплексу і пов'язані з безпекою засобів лікування, за своєю природою належать до зовнішнього управління, так само як і прийняття законів, що регулюють і державну, і приватно-підприємницьку медичну діяльність [11, с. 62].

Але при вирішенні конкретних завдань планування, оперативного керівництва регулювання діяльності окремих учасників комплексу пріоритет повинен бути відданий самоврядуванню.

В теорії управління використовується також поняття «саморегулювання», під яким розуміється встановлення державою такої системи зовнішніх регуляторів економічної діяльності у вигляді податків, мит, зборів, процентних ставок, пільг, обмежень, заборон, штрафів, посібників, що відпадає необхідність в застосуванні адміністративно-розпорядчих методів управління.

Економічні процеси як би регулюються самі собою, без зовнішнього втручання, автоматично. В економічній теорії такі регулятори називають «вбудованими стабілізаторами ».

В реальній дійсності саморегулювання зазвичай виявляється нездатним забезпечити стійке функціонування організацій і має бути доповнене регулюванням з боку зовнішніх органів управління.

2.2 Атрибутивні характеристики галузі охорони здоров’я та перспективи її розвитоку

На сьогодняшній день найважливішим елементом соціального і економічного розвитку суспільства є медичне обслуговування населення. Головний критерій класифікації організаційно-правових форм – це цілі створення медичної організації. Згідно із цим критерієм, всі організації діляться на дві категорії: комерційні і некомерційні.

Комерційна організація – це юридична особа, створена з метою підприємницькою діяльністю Основне завдання діяльності такої організації - отримання прибутку. Комерційні організації можуть бути як приватними (господарські товариства і товариства, виробничі кооперативи), так і державними і муніципальними (унітарні підприємства). Унітарне підприємство - це комерційна організація, не наділена правом власності на закріплене за ним власником майно. Майно унітарного підприємства перебуває у державній або муніципальній власності і належить унітарному підприємству на праві господарського відання. Право господарського відання– це право володіти, користуватися і розпоряджатися майном в межах, що визначаються відповідно до цивільного кодексу. Підприємство не має права продавати належне йому на праві господарського відання майно, здавати його в оренду, віддавати в заставу, вносити в статутний капітал господарських товариств і товариств або іншим способом розпоряджатися майном без згоди власника [53, с. 82–84].

Одна з форм унітарного підприємства – казенне підприємство, яке відрізняється тим, що майно передається йому не в господарське відання, а в оперативне управління. Право оперативного управління - це право володіти, користуватися і розпоряджатися майном в межах, встановлених законом, відповідно до цілей підприємства, завданнями власника і призначенням майна. Власник майна, закріпленого за казенним підприємством, має право вилучити зайве, невикористовуване або використовується не за призначенням майно і розпорядитися ним на свій розсуд.

Таким чином, унітарні підприємства володіють і користуються чужою власністю – державною або муніципальною: власник майна не втрачає прав на

нього, створюючи унітарне підприємство і наділяючи його необхідними матеріальними ресурсами.

Виконавчим органом унітарного підприємства є керівник, який призначається власником, або уповноваженим власником органом (в нашому випадку – органом управління охороною здоров'я) і підзвітний йому.

Унітарне підприємство не відповідає за зобов'язаннями свого засновника, а засновник – по боргах і зобов'язаннях унітарного підприємства. У той же час, відповідальність унітарного підприємства в певній мірі залежить від обсягу і характеру прав на майно, закріплене за ним власником– на праві господарського відання або на праві оперативного управління.

Унітарне підприємство досить самостійно в своїй діяльності, бо нічого не фінансується за кошторисом, засновник може оплачувати його послуги на підставі укладених договорів. Це забезпечує можливість оперативного маневру ресурсами, а відсутність обмежень на фонд оплати праці створює у колективу унітарного підприємства комерційні стимули [1].

Незважаючи на те, що діяльність унітарного підприємства підпорядкована отриманню прибутку, в його установчих документах повинні фіксуватися і цілі, що носять змістовний характер - наприклад, задоволення потреби населення в певних видах медичної допомоги, що дозволяє утримати унітарне підприємство в певних межах діяльності. Однак в цих межах унітарне підприємство веде себе як комерційна організація. Його прагнення до отримання прибутку може входити в конфлікт з цілями діяльності. Наприклад, медичне унітарне підприємство може відмовитися від надання нерентабельних видів послуг, від дотримання частини зобов'язань перед прикріпленим населенням. Воно може бути зацікавлене в тиражуванні більш вигідних відпрацьованих медичних технологій, штучно звужуючи вибір послуг. Це обмежує можливості використання унітарних підприємств для реалізації прав громадян на безоплатну медичну допомогу [7]. Ті ж обмеження існують і на використання приватних комерційних медичних організацій: товариств з обмеженою відповідальністю, відкритих і закритих акціонерних товариств та інших. Проте, іноді робота в системі може виявитися

вигідною для комерційної організації - навіть в тому випадку, коли за формальними ознаками надані послуги будуть нерентабельними, і комерційне підприємство буде прагнути отримати завдання на надання медичної допомоги в рамках обов'язкового медичного страхування - зокрема, пропонуючи допомогу за прийнятними цінами. Тому не слід повністю відкидати можливість використання таких організацій в системі [7].

Некомерційна організація – це юридична особа, що не ставить отримання прибутку як основну мету своєї діяльності і не розподіляє прибуток між учасниками. Некомерційними можуть бути як державні, так і приватні медичні організації.

Всі некомерційні організації мають спеціальну правоздатність, зміст якої залежить від мети створення конкретної організації і її організаційно-правової форми. Метою некомерційної медичної організації є охорона здоров'я громадян. Здійснювати комерційну діяльність некомерційна організація може лише в тій мірі, в якій це відповідає цілям її створення. Такою діяльністю для медичної організації, наприклад, може бути отримання прибутку від платних медичних послуг понад плану. Некомерційна організація має у власності або в оперативному управлінні відокремлене майно, відповідає за своїми зобов'язаннями цим майном (за винятком установ, що відповідають за зобов'язаннями лише своїми коштами), може від свого імені набувати майнові чи немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем в суді.

Органи державної влади та місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть надавати некомерційним організаціям економічну підтримку в різних формах, в тому числі:

Надання відповідно до законодавства пільг по сплаті податків, митних та інших зборів і платежів (з урахуванням організаційно-правової форми некомерційної організації):

• повне або часткове звільнення від плати за користування державним та муніципальним майном;

• розміщення серед некомерційних організацій на конкурсній основі

державних і муніципальних соціальних завдань;

• надання відповідно до закону пільг по сплаті податків громадянам і юридичним особам, які надають некомерційним організаціям матеріальну підтримку.

При цьому не допускається надання пільг зі сплати податків в індивідуальному порядку окремим некомерційним організаціям, а також окремим громадянам і юридичним особам, які надають цим некомерційним організаціям матеріальну підтримку.

Домінуючою формою некомерційної медичної організації в даний час є установа. Установа – це організація, створена власником майна, в тому числі державою, органами місцевого самоврядування, юридичними або фізичними особами, для здійснення управлінських, соціально-культурних чи інших функцій некомерційного характеру і фінансується власником повністю або частково [7]. Власник-засновник (або уповноважений ним орган) призначає керівника установи в якості одноосібного виконавчого органу. Власник фінансує діяльність установи повністю або частково, передаючи йому грошові кошти або закріплюючи за ним інше майно на праві оперативного управління, що накладає на установа істотні обмеження щодо володіння і розпорядження цим майном. Установа не має права відчужувати або іншим способом розпоряджатися майном, закріпленим за ним або придбаним за рахунок коштів, виділених власником за кошторисом. Установа відповідає за свої зобов'язання згідно коштам у розпорядженні. При їх недостатності субсидіарну відповідальність несе власник відповідного майна. Статутом або положенням установи може бути дозволено здійснення деяких видів діяльності, що приносить прибуток (тобто підприємницької діяльності). Доходи від підприємницької діяльності, як і придбане за їх рахунок майно, є власністю засновника і надходять лише в самостійне розпорядження, але не у власність установи. Таким чином, установа ні за яких обставин не може стати власником свого майна. Ліквідація установи здійснюється за загальними правилами цивільного законодавства, причому залишок майна завжди переходить у власність засновника [44, с. 70–72].

Державна (муніципальна) установа досі залишається найбільш поширеною формою державної некомерційної організації. Однак ця форма організації не є єдино прийнятною, більш того, вона має низку істотних недоліків, основний з яких полягає в тому, що ця організаційно-правова форма не стимулює прагнення до ефективного використання ресурсів. Причиною тому - використання принципу утримання власником, а не оплати за кінцеві послуги, обмеження щодо маневрування ресурсами, жорстка регламентація фінансово-економічної діяльності. Майно закріплене за державним (муніципальним) установою на праві оперативного управління та фінансування, може здійснюватися тільки за кошторисом. Такий підхід не створює стимулів, наприклад, до впровадження нових медичних технологій, що дозволили б знизити загальні витрати на лікування за рахунок перевищення витрат по будь-якої окремої статті (наприклад, витрат на медикаменти та витратні матеріали). Субсидіарну відповідальність власника-держави за зобов'язаннями медичного закладу породжує утриманство установ. Введення обов'язкового ме дицинская страхування істотно змінило діяльність медичних установ [1]. Їх фінансування здійснюється все в більшій мірі за надані послуги, а не на основі кошторису доходів і витрат. Основою їх взаємовідносин із страховиком є договір на надання медичних послуг, відповідно до якого медичного закладу зобов'язується надавати застрахованій контингенту послуги певного обсягу і якості, отримуючи за це плату за тарифами. Одночасно розширилася самостійність медичних установ. Отримуючи фінансове забезпечення на основі обсягів наданої населенню медичної допомоги, вони використовують позабюджетні джерела фінансування, що дозволяє оперативно вирішувати медичні та господарські питання. З'явилася реальна можливість забезпечити залежність розміру оплати праці від обсягу і якості виконаної роботи. Доходи, що надходять в якості оплати медичної допомоги від страховиків і з інших джерел, медичні установи використовують на свій розсуд для вирішення статутних завдань.Таким чином, характер діяльності медичних установ все більше набуває рис, властиві автономним некомерційним організаціям. Ця організаційно-правова форма несумісна з жорсткою

адміністративною ієрархією і функціонує на підставі договірних відносин. Діяльність такої організації спрямована не на виконання завдань засновника, а на досягнення статутних цілей [7].

Самостійність державних і муніципальних медичних установ, передбачувана при створенні нових організаційно-правових форм, вимагає їх законодавчого закріплення. Законопроектами пропонується додати до існуючої формі державної установи ще дві форми. Це автономне установа і державна (муніципальна) автономна некомерційна медична організація. Автономна установа не має права без згоди власника розпоряджатися нерухомим і особливо цінним рухомим майном, закріпленим за ним власником або придбаним автономним установою за рахунок цільових коштів, виділених йому власником на створення (придбання) нерухомого та особливо цінного рухомого майна. Види особливо цінного рухомого майна, яким автономна установа має право розпоряджатися лише за згодою власника, визначаються Кабінетом Міністрів України. У той же час, автономне установа самостійно розпоряджається майном (у тому числі нерухомим), придбаним їм на доходи від своєї діяльності. Майно автономної установи може використовуватися ним виключно для цілей, визначених його статутом.

На відміну від автономної установи, майно державної (муніципальної) автономної некомерційної організації, в тому числі передане їй засновником при її створенні, належить цій організації на праві власності. При цьому державна (муніципальна) автономна некомерційна організація, як і автономне установа, може використовувати належне їй майно виключно для цілей, визначених її статутом. Автономна установа відповідає за своїми зобов'язаннями всім своїм майном, за винятком нерухомого та особливо цінного рухомого майна, яким автономне установа не має права розпоряджатися без згоди власника. Державна (муніципальна) автономна некомерційна організація відповідає за своїми зобов'язаннями всім своїм майном. Власник майна автономної установи не несе відповідальності за зобов'язаннями, за винятком випадків, передбачених договором поруки. Автономна установа не відповідає за зобов'язаннями власника

закріпленого за ним майна. Точно так же державна (муніципальна) автономна некомерційна організація не відповідає за зобов'язаннями свого засновника, а засновник не відповідає за зобов'язаннями створеної ним державної (муніципальної) автономної некомерційної організації, за винятком випадків, передбачених договором поруки.

Автономний медичний заклад здійснює свою діяльність відповідно до визначених законом і статутом цілями шляхом надання медичних послуг населенню. Автономна установа має право за згодою власника свого майна виступати засновником (учасником) інших юридичних осіб, діяльність яких відповідає цілям діяльності автономного установи, якщо участь в зазначених юридичних осіб може сприяти якісному наданню послуг (виконання робіт).

Доходи автономного установи та державної (муніципальної) автономної організації надходять в її самостійне розпорядження і використовуються для досягнення цілей, в тому числі мети і удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я.

2.3 Практичні рекомендації щодо напрямів розробки механізмів удосконалення організації системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я

Рішення проблем, що виникають у процесі функціонування організацій охорони здоров'я, має привести до підвищення якості та доступності медичних послуг. Для цього необхідно створити уніфіковані системи управління закладами охорони здоров'я, які будуть сприяти підвищенню якості медичної допомоги та підвищенню ефективності їх діяльності.

Сучасні економічні умови диктують необхідність розгляду питань управління якістю медичної допомоги та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я в таких аспектах: підвищення технологічності всіх процесів її надання,

стандартизація та оптимізація вибору медичних технологій, застосування на практиці принципів доказової медицини, використання передових форм і методів інформатизації та організації. Поряд із цим на практиці застосовуються моделі управління, які, як правило, орієнтуються виключно на процес надання медичної допомоги і не враховують ті взаємопов'язані процеси і види діяльності організації охорони здоров'я, які прямо чи опосередковано беруть участь в процесі створення медичної послуги і впливають на її результат.

Існуючі моделі спираються, в основному, на стандартизацію функціональних алгоритмів лікувально-діагностичного процесу і медичних послуг (клінічні шляхи, протоколи ведення хворих, стандарти медичної допомоги) і на методи контролю і оцінки якості медичної допомоги.

У даний час залишаються недостатньо опрацьованими питання впровадження процесного підходу до управління в медичних установах, який дозволив би безперервно підвищувати якість послуг, що надаються при наявних ресурсах і ефективно вирішувати поставлені завдання. Незважаючи на впровадження стандартів ISO 9000, які визначають загальні вимоги до системи менеджменту якості будь-якої без винятку організації, механізми їх реалізації в установах охорони здоров'я до теперішнього часу не розроблені.Також доцільно зазначити, що систему управління якістю прийнято розглядати як підсистему, а не як цілісну систему управління медичним закладом, діяльність якого спрямована на підвищення задоволення потреб споживачів (пацієнтів), результативності процесів надання медичної допомоги та діяльності медичної установи в цілому.

Запропоновані в даний час напрямки щодо підвищення рівня управління якістю медичних послуг в основному запозичені з досвіду промислового виробництва, яке зіткнулося з необхідністю термінового підвищення якості. За останні десятиліття багато медичних установ опанували метод загального управління якістю (Total Quality Management - TQM) і досягли досить високих результатів. Система TQM - це комплексна система, яка орієнтована на постійне поліпшення якості, мінімізацію виробничих витрат і на поставки точно в строк.

В основі філософії TQM лежить принцип «поліпшення немає меж». Стосовно до якості діє цільова установка «прагнення до 0 дефектів», до витрат - «0 непродуктивних витрат», до постачань - «точно в строк»; передбачається, що досягти цих меж повністю-завдання неможливе, але із метою підвищення якості формується установка, що до цього треба постійно прагнути і не зупинятися на досягнутих результатах. Ця філософія має спеціальний термін - «постійне поліпшення якості» (total quality improvement).

В системі TQM використовуються методи керування якістю, які є адекватні цілям удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Однією з ключових особливостей системи є використання колективних форм і методів пошуку, аналізу і вирішення проблем, є постійна участь усього колективу в поліпшенні якості. Розглянемо основні напрямки поліпшення роботи медичних установ з управління якістю, які повинні бути складовою частиною основних планів діяльності всіх організацій галузі охорони здоров'я. Результатом вивчення і аналізу ряду успішних процесів щодо поліпшення діяльності підприємств і організацій економічно розвинених країн, а також узагальнення досвіду передових вітчизняних підприємств став перелік основних напрямків підвищення ефективності діяльності медичних організацій. До цих напрямків відносяться:

1. Підвищення зацікавленості менеджерів вищої ланки медичної установи в покращенні його роботи. Для початку процесу удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я абсолютно необхідна щира впевненість вищого керівництва медичної організації в тому, що воно здатне на більше в порівнянні з минулими досягненнями. Процес поліпшення починається з вищого керівництва, розвивається в міру того, як проявляється зацікавленість процесом іншими співробітниками і припиняється в разі зниження інтересу до нього з боку вищого керівництва.

2. Усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння

в закладах охорони здоров’я. Для реалізації принципу колегіального прийняття рішень необхідно створити громадську (піклувальну) раду або комісію щодо поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. До складу громадської ради повинні входити представники вищого керівництва, а також керівники підрозділів і служб, лікарі та інший персонал. Основними функціями ради повинні стати вивчення процесу вдосконалення діяльності та його адаптація до умов лікувального закладу. Як показує досвід, універсальних конкретних рекомендацій щодо підвищення якості для всіх медичних організацій і навіть підрозділів одного лікувального закладу не існує. Громадська рада з поліпшення роботи удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я є розробником процесу поліпшення діяльності, готує медичну організацію до впровадження заходів щодо поліпшення і координує діяльність по реалізації цього процесу.

3. Залучення до процесу удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я всього складу керівництва. За реалізацію процесу поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я несе відповідальність весь керівний склад медичного закладу. Це вимагає від кожного керівника вищої та середньої ланки (від головного лікаря до головного бухгалтера) активної практичної участі. Кожен керівник повинен пройти спеціальну підготовку для вивчення нових вимог до стандартів діяльності та отримання інформації про існуючі методи поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я.

4. Участь лікарів та іншого персоналу в процесі впровадження заходів щодо поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Після того як в процес поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я залучено все

керівництво медичного закладу, необхідно переходити до залучення до даного процесу лікарів, медичних сестер та інших членів колективу лікувального закладу. Це входить в обов'язки керівника кожного окремого підрозділу, який повинен сформувати «групу щодо поліпшення роботи» в складі свого підрозділу. Наприклад, завідувач відділенням як керівник такої групи несе відповідальність за організацію навчання її членів тих методів поліпшення роботи та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я, які він сам вже вивчив. До основних завдань групи по поліпшенню роботи та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я відносяться оцінка результатів діяльності свого підрозділу і робота з безперервного вдосконалення діяльності.

5. Заохочення індивідуальної участі. Незважаючи на важливість колективних дій, слід приділяти увагу і кожному окремо взятому члену колективу. У зв'язку з цим доцільною стає розробка системи заходів, що заохочує особисту участь, що дозволяє оцінити і визнати результати вкладу, який вносить кожен співробітник у підвищення ефективності і якості роботи медичного закладу.

6. Формування групи з удосконалення системи управління процесами. Будь-яке приведене в дію удосконалення організації проектування системи адміністративного управління в закладах охорони здоров’я в кожному підрозділі медичного закладу є не що інше, як процес, управління яким відбувається за допомогою тих же методів, які застосовуються при управлінні звичайними технологічними процесами. Для вдосконалення системи управління процесами доцільно розробити схему послідовності операцій, що входять в процес, організувати контроль їх виконання і забезпечити зворотний зв'язок. За реалізацію кожного окремого процесу надання медичної послуги і за його успішне функціонування, навіть якщо він охоплює кілька ділянок або різних функціональних підрозділів, несе відповідальність тільки одна посадова особа. Група по вдосконаленню системи управління процесами повинна складатися з

представників кожного підрозділу, який бере участь в процесі. Така організація роботи забезпечить найбільш ефективну взаємодію підрозділів і виключить можливість негативного впливу на весь процес в тому випадку, якщо вдосконалення піддається лише частина процесу.

7. Залучення постачальників. У нинішній економічній ситуації всі медичні організації знаходяться в прямій залежності від постачальників ресурсів. Без їх сприяння не може здійснюватися ні один успішний процес поліпшення діяльності лікувального закладу та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я.

8. Забезпечення якості функціонування систем управління медичною організацією. Останнім часом в установах охорони здоров'я створюються підрозділи, які займаються в основному виміром показників якості і складають звіти про рівень забезпечення якості в процесі надання медичних послуг. Основним завданням цих підрозділів є виявлення проблем та виправлення помилок. Результатам такого підходу стало формування системи управління «за відхиленнями», що реагує на вже зроблені помилки, нехтує важливістю профілактичних заходів і недооцінюють важливість відмінних результатів роботи в підрозділах, які не пов'язані безпосередньо з процесом надання медичних послуг.

9. Розробка стратегії і тактики поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Медичним організаціям доцільно розробити довгострокову стратегію, спрямовану на підвищення якості медичних послуг. Після цього необхідно упевнитися, що всі керівники на різних рівнях знають стратегію і можуть використовувати її для розробки поетапних короткострокових планів, які сприяють досягненню стратегічних цілей. Короткострокові плани включаються в річний план реалізації загальної стратегії. Протягом року повинен здійснюватися контроль виконанням цих планів.

10. Створення системи заохочення і визнання заслуг. У процесі поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи

адміністративного управління в закладах охорони здоров’я повинно відбутися кардинальна зміна ставлення до помилок. У даний час проведення необхідних змін можливо двома шляхами:

- застосовувати заходи стягнення до кожного допустив помилки в ході виконання своїх обов'язків;

- заохочувати окремих співробітників і (або) колектив в разі виконання ними поставлених завдань або за значний внесок в процес поліпшення діяльності та удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони здоров’я. Відзначимо, що оптимальний шлях – визнання заслуг як рядових співробітників, так і керівників, і стимулювання їх до досягнення більш високих результатів. У процесі поліпшення діяльності медична організація повинна прагнути до повної відсутності помилок персоналу і керівників. При реалізації методу TQM істотно зростає роль людини і навчання персоналу. Для забезпечення методу успіху у вітчизняній системі охорони здоров'я лікарі повинні зайняти центральне місце. Для проведення трансформацій необхідно, щоб лікарі прийняли суть нових вимог.

Ці нові знання поки не викладаються в медичних навчальних закладах, хоча вони необхідні для роботи в сучасній системі охорони здоров'я і повинні увійти в арсенал лікаря поряд з класичними клінічними навичками, які нова система повинна також розробляти, зберігати і підтримувати. Таким чином, на сучасному етапі підвищується значення ефективного менеджменту. Прийняті установою заходи є відповіддю на дії зовнішнього середовища. Шанси ефективного функціонування вище в тих медичних установах, де кваліфікований менеджер правильно розподілив функціональні обов'язки персоналу. В період дефіциту фінансових коштів особливо важливою є швидкість реагування на зміни. Для швидкого реагування і чіткого розподілу обов'язків необхідно скласти матрицю розподілу видів управлінської діяльності між співробітниками організації.

Підвищення ефективності роботи має на увазі удосконалення організації проектування системи адміністративного управляння в закладах охорони

здоров’я та вдосконалення ключових показників медичної та соціальної ефективності медичної організації, при цьому не можна применшувати значення фінансово-економічних показників. Існують різні підходи до визначення ефективності діяльності медичної організації: ефективність з боку контрагентів, ефективність з боку пацієнтів, ефективність з боку персоналу, ефективність з боку менеджменту, і ці підходи і оцінки не завжди збігаються. З точки зору контрагентів підвищення ефективності може бути досягнуто за рахунок:

- зниження числа скарг від пацієнтів, скорочення часу очікування прийому;

- оптимізації середньої кількості наданих медичних послуг в розрахунку на одного пацієнта, що дає можливість страховим компаніям реалізовувати політику передбачуваною ціни;

- зниження вартості медичних послуг;

- зниження кількості ліжко-днів (при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах іноді вартість дорогої операції може компенсуватися за рахунок скорочення загальної кількості днів перебування пацієнта в стаціонарі);

- контролю обґрунтованості лікарських призначень пацієнту (в контексті порівняння ефективності роботи різних відділень). З точки зору пацієнтів ефективність може забезпечувати:

- зростання якості обслуговування пацієнтів;

- скорочення числа скарг;

- зниження терміну очікування госпіталізації;

- можливість вільно записатися на спеціалізоване дослідження.

З точки зору персоналу підвищить ефективність можна за допомогою:

- скорочення часу прийому одного пацієнта;

- оптимізації вимог до якості надання медичних послуг;

- оптимізації вимог до обґрунтування медичних призначень;

- збільшення чисельності середнього медичного персоналу;

- забезпечення комфортних умов роботи і розвитку системи мотивації.

Ефективність з точки зору менеджменту можна оцінити за такими показниками:

- динаміка рівня якості медичних послуг;

- динаміка прибутку від надання платних медичних послуг;

- динаміка основних техніко-економічних показників;

- плинність кадрів.

В умовах дефіциту фінансових коштів особливо важливим є створення команди хороших лікарів і забезпечення низької плинності кваліфікованих кадрів, а в ідеалі – її відсутності. Висококваліфіковані лікарі завжди затребувані, і в разі їх відходу частина пацієнтів може бути втрачена. Важливо забезпечити лікарям гідний рівень компенсації трудових витрат, який би знаходився в прямій залежності від результативності роботи. Велику роль також відіграють комфортні умови роботи (наприклад, гнучкий графік) і здоровий психологічний клімат в колективі.

Функціональні обов'язки лікаря повинні бути чітко визначені, а також створені можливості для його професійного зростання. Необхідно залучати персонал медичної організації в процес прийняття управлінських рішень, це дасть можливість кожному члену колективу зрозуміти своє місце в організації, самореалізуватися і прагнути до саморозвитку. Незважаючи на зростаюче безробіття, в даний час на ринку праці спостерігається дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів. Тому необхідно підвищувати кваліфікацію лікарів і медсестер не тільки за рахунок бюджетних коштів, а й за рахунок прибутку від надання платних послуг.

Висновки до другого розділу

Виділяємо основні проблеми, що виникають в процесі управління медичними установами на сучасному етапі:

1. Проблема недофінансування.

2. Низький рівень довіри українських громадян до системи охорони здоров'я.

3. Проблеми якості та доступності медичних послуг.

4. Дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів.

5. Низька управлінська кваліфікація керівників організацій охорони здоров'я.

Отже, головними системоутворюючими чинниками ефективного функціонування українських медичних установ є:

- вдосконалення організаційної системи для забезпечення надання більш якісної безкоштовної медичної допомоги громадянам України (в рамках державних гарантій);

- забезпечення медичних установ достатньою кількістю висококваліфікованих медичних кадрів;

- ресурсне забезпечення та розвиток інфраструктури закладів охорони здоров'я з використанням стандартизації та інноваційних підходів.

Для функціонування будь-якої системи управління необхідно дотримувати наступні умови:

- керована система повинна володіти здатністю переходити в різні стани, змінювати свої властивості;

- система управління повинна мати реальну нагоду змінювати за допомогою управлінських рішень стан об'єкту. Для цього система управління повинна мати відповідні органи, структури і механізми;

- управління, що претендує на розумність, обов'язково повинне бути цілеспрямованим, тобто мати чітко поставлену мету і бажані кінцеві результати;

- система управління повинна мати нагоду вибору різних варіантів схвалюваних рішень;

- будь-яка система управління повинна мати свій в розпорядженні реальні матеріальні, інтелектуальні, інформаційні і фінансові ресурси;

- управляюча система повинна не тільки чітко орієнтуватися на мету управління, але і мати в кожний момент часу інформацію про поточний стан керованого об'єкту по каналах зворотного зв'язку;

- оптимальне управління вимагає навиків оцінки якості управлінських рішень, надійних критеріїв і представницьких показників.

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексною задачею всього українського суспільства, в реалізації якої беруть участь безліч секторів народного господарства і структур управління (від державних до місцевих органів самоврядування). Для ухвалення науково обґрунтованого рішення в області забезпечення охорони здоров'я потрібні дані медикосоціального, економічного, правового і іншого характеру. Слід також враховувати чинники, що визначають форми і методи управління складною системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територія

Сьогодні найбільш гострими проблемами системи охорони здоров'я, які вимагають негайного вирішення, є:

1.Недоліки механізмів державного фінансування медичної сфери;

2.Організаційні прорахунки;

3.Пасивна кадрова політика в галузі;

4.Зниження якості медичних послуг;

5.Недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я тощо.

ВИСНОВКИ

Сучасні інформаційні технології в медицині - це сукупність методів та засобів для обробки медичних даних у цілісних технологічних системах для створення, використання, зберігання, передачі та захисту інформаційного продукту. Їх застосування відбувається під час вирішення поставлених завдань у полі медичних інформаційних систем. Медична інформаційна система (МІС) – це інструмент, який дозволяє визначати та планувати всі ресурси організації за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення, засобів обчислювальної техніки, необхідного медичного обладнання, засобів зв'язку та підтримує лікувально-діагностичну, фінансову, адміністративно-господарську, облікову та сервісну, діяльність установи з метою якісних медичних послуг пацієнтам. Спеціалізовані МВС враховують усі особливості діяльності у конкретній медустанові, і тому є більш ефективними. Застосування інформаційних технологій у медицині дозволяє контролювати ефективність та результативність лікувального процесу та реабілітації пацієнтів. Медична інформатика суттєво удосконалює роботу системи охорони здоров'я, робить медицину доступною для населення, а процес надання медичних послуг – ефективним. Це можливо завдяки змінам в організаційних питаннях системи, що підвищують якість медичних послуг з одночасним зменшенням фінансових витрат на їхнє проведення. При цьому ІТ у медицині сприяють удосконаленню роботи всіх складових галузі охорони здоров'я: дозволяють спростити облік пацієнтів, організувати та скоротити робочий час фахівців, вести автоматичний облік койкофонду, контролювати призначення препаратів, спростити запровадження та отримання статистичних даних. Світовий досвід розробки та застосування інформаційних технологій свідчить про необмежений потенціал цієї галузі щодо вирішення соціальних завдань суспільства. Електронна охорона здоров'я сьогодні відкриває унікальну можливість для розвитку громадської охорони здоров'я. Зміцнення системи охорони здоров'я за допомогою системи електронної охорони здоров'я може сприяти здійсненню основних прав людини внаслідок підвищення рівня справедливості, солідарності, якості життя та якості

медико-санітарної допомоги». Електронна охорона здоров'я (eHealth) дозволяє ефективно вирішувати завдання у галузі охорони здоров'я за допомогою інформаційнокомунікаційних технологій незалежно від географічного перебування лікаря та пацієнта. ЄС у 2005 році виступив із ініціативою впровадження інформаційних технологій у медичну галузь країн-учасниць. Кожній країні було запропоновано самостійно розробити національну стратегію щодо застосування інформаційних технологій у медицині. Надалі ці стратегії мають стати базою для формування загальноєвропейської програми. Тому у більшості європейських країн приділяють велику увагу розробці та впровадженню національних програм 92 інформатизації охорони здоров'я. Вони повинні об'єднати заклади охорони здоров'я країни в одну мережу та забезпечити формування та зберігання в електронному вигляді протягом усього життя пацієнта його медичних даних. Наприклад, Великобританія з 2004 року реалізує національний проект «Об'єднання для здоров'я» (Connecting for Health) та є лідером серед європейських країн. Вона зосереджує зусилля на впровадженні паспортів здоров'я із застосуванням систем автоматизованого введення даних та підготовки рецептів. Активно приєднується до цих процесів і Україна. Аналіз поточного стану розробки та застосування інформаційних систем та технологій в Україні свідчить про те, що ці процеси суттєво відстають від потреб сучасності та запроваджуються у державі стихійно та без планового фінансування. На сьогоднішній день майже кожна медустанова так чи інакше приєднується до комп'ютеризації та інформатизації, проте ця робота ведеться ще не досить ефективно, тому слід розроблять концепції на рівні держави щодо підвищення ефективності цієї галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения. // Экономика здравоохранения. 2004. № 5–6.

2. Афанасьєв М. В., Шемаєва Л. Г., Верлока В. С. Основи менеджменту: Навч.- метод. посіб. / Харківський держ. економічний ун- т. — Харків: ВД «ІНЖЕК», 2003. 481с.

3. Ахламов А.Г. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: навчальнометодичний посібник / А.Г. Ахламов, Н.Л. Кусик ; Одеський регіональний інститут державного управління, Національна академія державного управління при Президентові України. - Одеса : ОРІДУНАДУ, 2011.- 133 с.

4. Баєва О. В., Білинська М. М., Жаліло Л. І., Згалат-Лозинська Л. О., Клименко П. М. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров»я / Міжрегіональна академія управління персоналом / Олена Вікторівна Баєва (ред.), І.М. Солоненко (ред.). Київ: МАУП, 2007. 376с.

5. Батенко Л.П., Бєлов М. А., Євдокимова Н. М., Москалюк В. Є., Оберемчук В. Ф. Планування діяльності підприємства: Навч. посіб. / Київський національний економічний ун-т / В.Є. Москалюк (заг.ред.). — Київ: КНЕУ, 2005. 384с.

6. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров’я України / М. Білинська. - Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров’я в Україні», 2006. 56 с.

7. Богомаз В. М., Лелюх Н. М. Особливості взаємовідносин лікар — пацієнт в системі добровільного медичного страхування. Укр. мед. часопис, 3(53): 60—64 (http://www.umj.com.ua/arhiv/53/1914.asp). 2006.

8. Болотіна Н. Б. Медичне право. Юридична енциклопедія: в 6 т / Редкол.: Ю. С. Шемшученко (голова редкол.) та ін. Т. 3. Київ: «Укр. енцикл.», 2001.

9. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. Право України, 7: 116—121.1999.

10. Волков В. В., Корнійчук В. П., Хом»як К. Д. Стратегічний медичний менеджмент. К., 2007. 29с.

11. Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений. // Журнал российского права. 2006. № 4.

12. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. № 5 (55) — IX/X 2006. С. 5—10.

13. Вороненко Ю.В., Пащенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. - Київ: Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2011. 499 с.

14. Воронкова В.Г., Нікітенко В.О., Олексенко Р.І. Адміністративний менеджмент : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньої програми «Публічне управління та адміністрування». Запоріжжя : *ЗНУ*, 2022. 246 с.

15. Воронкова В. Г., Ажажа М. А., Нікітенко В О. Концепції та моделі сучасного менеджменту: Науково-методичний посібник для здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії у галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 073 «Менеджмент». Запоріжжя: *ЗНУ.* 2022. 202 с.

16. Воронкова В.Г., Нікітенко В.О. Філософія основних сфер і напрямів людської життєдіяльності: Словник–довідник / З ініціативи д. соціологічних наук, проф. В.М. Пічі; за наук. ред. д. філос. наук., проф. В.Л. Петрушенка. Львів: *«Новий Світ- 2000»*, 2022. 342 с.

17. Гладун З. С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я). Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні:

Матеріали наук. -практ. конф. В. І. Луговий, В. М. Князєв (ред.), Вид-во УАДУ, Київ: 2001. Т. 1. С. 180—182.

18. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров»я: Навч. посіб. для студ. і магістрантів мед., юрид. та екон. спец. вищих закладів освіти. Укрмедкнига, 1999. 312с.

19. Гладун З. С. Заклад охорони здоров»я: основи правового статусу: Навч. посібник для студ. мед. і юрид. спец. вищ. навч. закладів / Європейський ун-т. Київ: Видавництво Європейського університету, 2006. 223с.

20. Гріфін Рікі В., Яцура В. Основи менеджменту: Підруч. для студ. екон. спец. / Володимир Яцура (наук.ред.), Даніела… Олесневич (пер.з англ.), Даніела Олесневич (наук.ред.). — Л.та ін. : БаК, 2001. 624с.

21. Губерная Г. К., Ильюшенко В. Г. Власть и управление // Менеджер: Вестник ДонДУУ. Донецк, 2003. № 2 (24). С. 7—17.

22. Гусєв В. О., Довгаль Г. М. Методологічні підходи до формування системи інноваційного законодавства. Менеджер. Вісн. ДонДУУ. 2004. № 4 (30): 11—17.

23. Давыдкин Н. Ф. О юридическом и этическом значениях определения терминов в медицине // Медицинское право / Medical Law. — 2004. № 3 (7). С. 5—7.

24. Державна політика з охорони громадського здоров’я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. - Київ: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

25. Донин В.М. Конкуренция в российском здравоохранении: государственные учреждения и негосударственные медицинские организации. // Менеджер здравоохранения. 2005. № 6.

26. Економіка охорони здоров'я: підручник / [В.Ф. Москаленко, В.В. Таран, О.П. Гульчій , Е.А. Глазунова, В.М. Лехан, В.В. Рудень, О.П. Максименко, Т.І. Лосіцька, Л.І. Галієнко]. - Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.

27. Економіка та фінансування охорони здоров’я: навч.-метод. посіб. / укл. : А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. Одеса : ОРІДУНАДУ, 2011. 134 с.

28. Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони

здоров’я / За загальною редакцією проф. В.Д.Парія / Навч. посібн. - Житомир: «Полісся», 2015. 148 с.

29. Жигалов І.Т. Основи менеджменту і управлінської діяльності: Підручник. Київ: Вища школа. 2002.224 с.

30. Жмалев В.Г., Шимановська Л.М. Основи менеджменту і управлінської діяльності. Київ: Україна, 2000.454 с.

31. Закон України. Основи законодавства України про охорону здоров’я. N 2801-XII від 19.11.1992 (зі змінами та доповненнями)// Відомості Верховної Ради України. 2009. № 1.

32. Закон України. Про захист населення від інфекційних хвороб. N 1645-III від 06.04.2000 (зі змінами та доповненнями)// Відомості Верховної Ради України. 2008. № 3.

33. Закон України. Про лікарські засоби. N 123/96-ВР від 04.04.1996 (зі змінами та доповненнями)// Відомості Верховної Ради України. 2009. № 3.

34. Кадыров Ф.Н. О законодательном регулировании экономических отношений в здравоохранении. // Здравоохранение. 2005. № 10.

35. Карамишев Д. В. Теоретичні аспекти та узагальнення основних понять управління системою охорони здоров’я в умовах трансформації суспільства // Зб. наук. пр. НАДУ. 2005. Вип. 1. С. 34—41.

36. Козуліна С. О. Особливості викладання дисципліни «Медичне законодавство» // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти: Матеріали наук. -метод. конф., 14—15 квітня 2005 р. Тернопіль, 2005. С. 136— 141.

37. Кредісов А.І., Панченко Є.Г., Кредісов В.А. Менеджмент для керівників. – Київ: Знання, 1999. 556 с.

38. Кузьмін О. Є., Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р., Мельник О. Г. Менеджмент у фармації: Підруч. для студ. вищ. навч. закл. / О. Є. Кузьмін (ред.), Б. П. Громовик (ред.). — Вінниця : Нова Книга, 2005. 448с.

39. Кузьмін О. Є., Мельник О. Г. Основи менеджменту: Підручник. — Київ : Академвидав, 2003. 415с.

40. Лескова Ю.Т. Некоторые особенности гражданско-правовой ответственности учреждений как юридических лиц. // Юрист. 2004. №9

41. Лехан В. Н. Система здравоохранения Украины : Учебное пособие /В. Н. Лехан. - Днепропетровск, 2010. 154 с.

42. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Київ, 2009. 50 с.

43. Ліннакко Е. Методологія розрахунку вартості постачальників медичних послуг в Україні / Е. Ліннакко, С. Дяченко. - К.: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. 72 с.

44. Любінець О. В., Сенюта І. Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України. Укр. мед часопис, 3(53): 5—10 (http://www.umj.com.ua/arhiv/53/1686.asp).

45. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров»я: Вступний курс / Володимир Чайковський (пер.). Київ: Основи, 1998. 313с.

46. Мартиненко М.М. Основи менеджменту: Підручник. - Київ: Каравела, 2008. 496 с.

47. Менеджмент в охороні здоров»я ; Структура та поведінка організацій охорони здоров»я / Стівен М. Шортел (уклад.)Любов Тарануха (пер.), Арнольд Д. Калюжний (уклад.). — Київ: Основи, 1998. 556с.

48. Менеджмент в охороні здоров'я: Підручник / Під заг. ред. М.І. Хвисюка і І. І. Парфьонової. - Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. - Ч. 1 - 358 с.

49. Мороз О. С. Підходи до організації управління бізнесом. Системний аналіз в управлінні: міжгалузеві дослідження: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародної участі 26-27 травня 2022 року / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ : *Ореол-Сервіс*, 2022. 157 с. С.74-77.

50. Мних М. В. Планування діяльності підприємства в сучасних економічних умовах: Навч. посібник для студ. вузів / Академія муніципального управління. — Київ: Знання України, 2004. 92с.

51. Москаленко В. Ф., Пономаренко В. М. Правові основи охорони здоров’я // Панорама охорони здоров’я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко та ін. — Київ: Здоров’я, 2003. С. 128—137.

52. Немцов В.Д., Довгань Л. Є. Стратегічний менеджмент: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.. — Київ: ТОВ «УВПК «ЕксОб», 2001. 560с.

53. Нижник Н. Державна влада й демократія // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні: Матеріали наук. -практ. конф. / За заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князєва. — Київ: Вид-во УАДУ, 2001. Т. 1. С. 11—14.

54. Нижник Н. Державне управління в Україні: проблеми і перспективи // Вісник УАДУ. 1996. № 1. С. 102—115.

55. Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров’я України / Міжнародний банк реконструкції та розвитку. Світовий банк. - Вашингтон : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015.224 с.

56. О’Конор Джозеф, Макдермотт Ієн. Системне мислення. Пошук неординарних творчих рішень / пер. з. англ. Надія Сисюк. Київ : *Наш формат,* 2018. 240 с.

57. Осовська Г. В., Копитова І. В. Основи менеджменту. Практикум: Навч. посібник. Київ: Кондор, 2005. 581с.

58. Поліщук Т. М., Ковальов В. Г. Економічні основи менеджменту: Підруч. для студ. вищ. навч. закл. / Одеський держ. екологічний ун-т. — Одеса: ТЭС, 2004. 150с.

59. Постанова ВРУ. Деякі заходи щодо забезпечення якості лікарських засобів. N 1419 від 28.10.2004 // Відомості Верховної Ради України. 2004. № 14.

60. Постанова ВРУ. Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров»я. N 765 від 15.07.1997 // Відомості Верховної Ради України. 2003. № 2.

61. Правознавство: Підручн. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредит / За заг. ред. проф. А. А. Бабаніна. Сімферополь, 2005. 704 с.

62. Рогова О. Г. Право на життя в системі прав людини: Автореф. дис.… канд. юр. наук: 12.00.01. Харків. 2006. 20 с.

63. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров’я в Україні. Сфера, Київ. 2005. 272 с.

64. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров’я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко,О. О. Заглада. - Київ, 2011. 45 с.

65. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров’я: навч. посіб./Н. Д. Солоненко. - Київ: Вид-во НАДУ, 2005. 416 с.

66. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: Навч. посібник / Національна академія держ. управління при Президентові України. — Київ: НАДУ, 2005. 416с.

67. Стародубов В.К., Тихомиров А.В. Перспективы управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях. // Менеджер здравоохранения, 2005. № 3.

68. Череп А. В., Воронкова В.Г., Череп О. Г. Трансформаційні зміни в управлінні організаціями та людськими ресурсами у цифрову епоху. Стратегічні пріоритети розвитку підприємництва, торгівлі та біржової діяльності: матеріали ІІІ-ої Міжнародної науково-практичної конференції, Запоріжжя, 11-12 травня 2022 року. Запоріжжя : *НУ «Запорізька політехніка»,* 2022. С. 393-395.

69. Friedrich T. L., Vessey W. B., Schuelke M. J., Ruark G. A., Mumford M. D. Aframework for understanding collective leadership: The selective utilization of leader and team expertise within networks / Friedrich, T. L., Vessey, W. B., Schuelke, M. J., Ruark, G. A., & Mumford, M. D. The Leadership Quarterly, 20(6), 2009. P. 933-958.