

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького**

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”

завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**«Менеджмент та адміністрування урологічної служби в
умовах впровадження реформи вторинної ланки»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. _ УЗ.мз-81к_

Плавко Р.В.

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело __Плавко Р.В.__

Науковий керівник:

д.е.н., доцент Галінська Ю.В.

Науковий керівник:

д.м.н., проф. Сміянов В.А.

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи __ УЗ.мз-81к __

Плавко Р.В.

1. Тема роботи __ **Менеджмент та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки** __
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: **менеджмент та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки** _____
4. Об'єкт дослідження: **адміністрування та менеджмент урологічної служби щодо організації профілактики та медичної допомоги в умовах впровадження реформи вторинної ланки** _____
5. Предмет дослідження: **функціонально-організаційна модель удосконаленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби** _____
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: **нормативно-правові джерела, данні Державної служби статистики, аналітичні матеріали ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України», наукові публікації спеціалістів урологічної галузі** _____
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
--------	---------------	----------------

I	Концептуальні основи адміністрування та менеджменту урологічної служби за умов впровадження другого етапу медичної реформи	
II	Дослідження показників ефективності та методик оцінки якості надання медичної допомоги урологічної служби	
III	Напрями удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби за умов впровадження реформи вторинної ланки	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:
 У розділі 1 студент має дослідити__ **специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки** _____

У розділі 2 студент має провести аналіз__ **показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи з адміністрування** _____

У розділі 3 студент має запропонувати__ **перелік рекомендацій з удосконалення системних засобів системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки** _____

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____
(підпис)

ПІБ

Завдання до виконання одержав _____
(підпис)

ПІБ _____

РЕФЕРАТ

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 52 найменування. **Загальний обсяг магістерської роботи** становить 71 сторінку, у тому числі 6 таблиць, 11 рисунків, 1 додаток, список використаних джерел на 7 сторінках.

Актуальність дослідження. Глобальними цілями стійкого розвитку та стратегічними пріоритетами реформування національної медичної галузі є досягнення якомога вищого рівня здоров'я, скорочення захворюваності та смертності населення, подовження активного довголіття. Про масштаби соціально-економічного тягаря урологічних хвороб свідчать і розрахунки вартості лікування хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ) у розвинених країнах Європи. Відомо, що зменшити цей тягар можливо тільки за умови розробки та поступового введення під час другого етапу медичної реформи системних засобів удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби, зокрема на підставі дотримання сучасних медико-технологічних стандартів, розроблених на принципах доказової медицини, що й визначило напрям наукового пошуку, обумовили актуальність, вибір теми, мети та завдань нашого магістерського дослідження.

Мета роботи. менеджмент та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Завдання дослідження: дослідити сутнісні аспекти адміністрування та менеджменту в умовах інноваційного розвитку національної системи охорони здоров'я; виокремити специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки; проаналізувати вітчизняну та світову нормативно-правову базу із організації профілактики і медичної допомоги споживачам медичних послуг урологічного напрямку; здійснити діагностику з подальшим аналізом показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи з адміністрування під час другого етапу реформи охорони здоров'я; надати оцінку ефективності оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області; розробити рекомендації з удосконалення системних засобів системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Предметом дослідження виступає функціонально-організаційна модель удосконаленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби.

Об'єктом дослідження є адміністрування та менеджмент урологічної служби щодо організації профілактики та медичної допомоги в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Методи дослідження. У роботі було використано методи аналізу та

синтезу, метод декомпозиції, експертний метод, концепція і методологія збалансованої системи показників.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше:

– науково обґрунтовано вітчизняну модель менеджменту та адміністрування системи управління якістю медичної допомоги, в т.ч. урологічної галузі;

– удосконалено системні засоби менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки на галузевому рівні;

– набули подальшого розвитку науково-методологічні підходи до реалізації функцій адміністрування.

Ключові слова: СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ, МЕНЕДЖМЕНТ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ, УРОЛОГІЧНА ГАЛУЗЬ, ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА, РЕФОРМА ВТОРИННОЇ ЛАНКИ, ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ АДМІНІСТУВАННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗА УМОВ ПРОВАДЖЕННЯ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	11
1.1 Сутність адміністрування та менеджменту в умовах інноваційного розвитку національної системи охорони здоров'я.....	11
1.2 Специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.....	15
1.3 Зарубіжний досвід адміністрування та менеджменту інноваційного розвитку систем охорони здоров'я, в тому числі урологічної служби.....	21
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА МЕТОДИК ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ	28
2.1 Діагностика наявного рівня сформованості оновленої системи менеджменту та адміністрування в умовах запровадження другого рівня медичної реформи Сумської області.....	28
2.2 Аналіз показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи з адміністрування під час другого етапу реформи охорони здоров'я.....	37
2.3 Оцінка ефективності оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області.....	41
Висновки до розділу 2.....	45
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ	47
3.1 Модернізація адміністративної основи державного регулювання інноваційного розвитку національної урологічної служби.....	47
3.2 Системні засоби удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.....	52
Висновки до розділу 3.....	59
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	70

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСА	Амбулаторія загальної практики – сімейна амбулаторія
ВМД	Вторинна медична допомога
ВМНЗ	Вищий медичний навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМД	Екстрена медична допомога
ЕУХЛТ	Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
КТ	комп'ютерна томографія
ЛІЛ	Лікарня інтенсивного лікування
МД	Медична допомога
НАМН	Національна академія медичних наук України
НДО	Недержавна організація
НДР	Науково-дослідна робота
НДУ	Науково-дослідна установа
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОЗ	Охорона здоров'я
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
СКХ	Сечокам'яна хвороба
ПМД	Первинна медична допомога
ОКЛ	Обласна клінічна лікарня
ПНЛТ	Перкутанна нефролітотрипсія
ПП	Приватне підприємство
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦРЛ	Центральна районна лікарня

ВСТУП

Актуальність теми. Глобальними цілями стійкого розвитку та стратегічними пріоритетами реформування національної медичної галузі є досягнення якомога вищого рівня здоров'я, скорочення захворюваності та смертності населення, подовження активного довголіття. Досягнення відповідних намічених орієнтирів інноваційної європейської політики в сфері охорони здоров'я, зокрема урологічної галузі, лежить у площині забезпечення суспільно-економічної справедливості й добробуту, задоволення відповідно Конституційних положень потреб населення в охороні здоров'я, для всіх у будь-якому віці відповідно до затверджених напрямків першої та другого етапу запровадження медичної реформи.

Про масштаби соціально-економічного тягара урологічних хвороб свідчать і розрахунки вартості лікування хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ) у розвинених країнах Європи. Так, в Італії та Великій Британії ці витрати становлять у середньому 150 млн євро на рік. У Німеччині вартість тільки стаціонарного лікування пацієнтів із СКХ сягає 600 млн євро на рік. В цілому у Західній Європі лікування СКХ обходиться приблизно в 2 млрд євро на рік і за прогнозами фахівців ці витрати тільки зростатимуть [6, 7]. Відомо, що зменшити цей тягар можливо тільки за умови розробки та поступового введення під час другого етапу медичної реформи системних засобів удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби, зокрема на підставі дотримання сучасних медико-технологічних стандартів, розроблених на принципах доказової медицини, що й визначило напрям наукового пошуку, обумовили актуальність, вибір теми, мети та завдань нашого магістерського дослідження.

Дослідженням особливостей менеджменту та адміністрування сфери охорони здоров'я в тому числі урологічної галузі, займалась низка українських учених, зокрема, О. Амоша, Н. Артамова, І. Гладун, Д. Карамішев, Р. Ларіна, В. Москаленко, І. Михасюк, В. Пашков, В. Подлєсна, Г. Слабкий, І. Солоненко та

ін. Сучасними проблемними питанням інноваційного розвитку та інноваційної діяльності присвячені праці І. Алексєєва, О. Вишневського, А. Гальчинського, Л. Гнилянської, М. Денисенка, Н. Демчишака, Я. Жаліла, С. Ілляшенка, М. Крупки, І. Мойсеєнко, І. Ревак, В. Семиноженка, Л. Федулової, З. Юринець, А. Яковлева та ін. Водночас проблеми побудови ефективної системи менеджменту та адміністрування медичної галузі в період запровадження реформ були і залишаються, на нашу думку, одними з найголовніших.

Мета дослідження – менеджмент та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Завдання дослідження:

– дослідити сутнісні аспекти адміністрування та менеджменту в умовах інноваційного розвитку національної системи охорони здоров'я;

– виокремити специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки;

– проаналізувати вітчизняну та світову нормативно-правову базу із організації профілактики і медичної допомоги споживачам медичних послуг урологічного напрямку;

– здійснити діагностику з подальшим аналізом показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи адміністрування під час другого етапу реформи охорони здоров'я;

– надати оцінку ефективності оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області;

– розробити рекомендації з удосконалення системних засобів системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Об'єкт дослідження – адміністрування та менеджмент урологічної служби щодо організації профілактики та медичної допомоги в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Предмет дослідження – функціонально-організаційна модель

удосконаленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби.

Методи дослідження: системний підхід та системний аналіз; бібліосемантичний; медико-статистичний; моделювання.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

– науково обґрунтовано вітчизняну модель менеджменту та адміністрування системи управління якістю медичної допомоги, в т.ч. урологічної галузі;

– удосконалено системні засоби менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки на галузевому рівні;

– набули подальшого розвитку науково-методологічні підходи до реалізації функцій адміністрування.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

– розробки вітчизняної перспективної багаторівневої моделі, що включає в себе інноваційні системні засоби менеджменту та адміністрування;

– розробки та впровадження: моделей внутрішнього аудиту та самооцінки системи управління якістю; технічного завдання на інформаційно-програмне забезпечення автоматизованого моніторингу лікувально-діагностичного процесу.

Структура роботи. Робота викладена на 71 сторінку друкованого тексту (основний текст – без вступу, переліку використаних джерел – 45 сторінок), складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (всього 52 найменування) і додатків. Робота ілюстрована 6 таблицями та 6 рисунками.

Фактологічну (інформаційну) основу дослідження складають нормативно-правові джерела, данні Державної служби статистики, аналітичні матеріали ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України», наукові публікації спеціалістів урологічної галузі тощо.

РОЗДІЛ 1 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ АДМІНІСТУВАННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗА УМОВ ПРОВАДЖЕННЯ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1.1 Сутність адміністрування та менеджменту в умовах інноваційного розвитку національної системи охорони здоров'я

Розвиток національної медичної галузі на сьогоднішній день являється одним з найголовніших показників сталого державного розвитку. Ефективність функціонування будь-яких інших галузей гальмується через недосконалу систему охорони здоров'я. Без якісної боротьби з пандемією і захистом соціуму від хвороб людство нажалі не зможе бути повноцінно зацікавленим в ефективному вирішенні другорядних потреб, у випадку перебування на головному місці потребу в збереженні та зміцненні власного здоров'я. У зв'язку із поетапним поширенням ринкових відносин пострадянські системи господарювання із більшою актуальністю набувають досвіду із одночасним впровадженням інноваційного інструментарію з управління закладами соціально-охоронної галузі. Значної актуальності набуло відповідне питання саме в галузі охорони здоров'я. Специфіка ведення бізнес-проектів у медичній галузі із одночасним впровадженням значної кількості реформ вимагає серйозного підходу з огляду на значущості продукту, що випускається на ринок, – медичної послуги.

Дефініція «менеджмент» іншомовного походження, що за результатами семантичної транскрипції вказує на індивідуально набуті або генетично вроджені вміння із досягнення поставлених цілей, ефективно при цьому використовуючи працю, інтелект, мотиви поведінки інших людей.

Менеджмент (українською «управління») – це функція, вид діяльності щодо керівництва людьми в різних організаціях, включаючи медичні, що пов'язані з наданням послуг [16].

Досліджуючи витоки менеджерської (управлінської) політики в галузі

охорони здоров'я, ми дійшли висновку, що основні напрямки та цілі медичних закладів будь-якої форми власності мають суттєві відмінності від цілей інших сфер, так як справа не тільки в тому, що вони складніше, але і в тому, що виміряти своєрідний ККД (коефіцієнт корисної дії) вкрай проблематично. Так як на відміну, наприклад, від виробництва, ймовірність запровадження на практиці кількісних показників суттєва обмежена. Величезна кількість досконало впроваджених на практиці, але насправді зайвих процедур, де відображений лише показник продуктивності лікувального закладу, але ніяк не ефективності його діяльності. Мається на увазі не кількість наданих медико-профілактичних послуг, а результативність та ефективність від відповідних процедур. Тому проектування та діяльність адміністраторів і клініцистів повинна бути спрямована саме у відповідному напрямку для досягнення не кількісних, а якісних показників.

Варто підкреслити, що на відміну від типових бізнес-структур в організаціях з надання медичної допомоги керівники у своїй адміністративній діяльності відчують недостатній рівень контролю над функціонуванням, принаймні, відсоткової частини своїх співробітників.

Забігаючи наперед, якщо порівнювати автономність вітчизняних медиків із досвідом зарубіжних країн, то професійна автономність лікарів особливо відчутна для адміністраторів більшості американських і європейських лікарень, де лікарі працюють за спеціальним контрактом, не входячи в штат лікарні [25]. Однак і в Україні, у порівнянні з іншими європейськими країнами, також існує своєрідна автономність. Здійснюючи наше дослідження впевнюємось додатково щодо факту часткової автономності корпусу медичних сестер.

Організація процесу фінансування медичних закладів також відрізняється від інших виробничих сфер: промисловість, побутові послуги, освіта тощо. Проблема бюджетного та приватного фінансування, мабуть, одна з найактуальніших проблем сьогодення, що спостерігається протягом першої та другої хвилі запровадження вітчизняної реформи охорони здоров'я. Додатково варто звернути увагу на відповідну обставину: під час розробки компенсаційних

схем медичним установам за надані послуги необхідно враховувати той факт, що в будь-якій системі закладені певні стимули, як для платників, так і для тих, хто надає медичні послуги. За умов фінансування за кількістю ліжко-днів потрібно не відкидати настання ймовірного факту екстенсивності розвитку медичних закладів: додатковій кількості ліжок, невиправдано великої тривалості госпіталізації. За умов стовідсоткової оплати за фактом наданих медичних та профілактичних послуг в кінцевому підсумку виникає питання контролю за правочинністю призначення тих чи інших процедур.

Окремою не менш важливою особливістю організацій охорони здоров'я, з точки зору менеджменту, є велика ймовірність виникнення конфліктних ситуацій як всередині ієрархічної адміністративної побудові кадрового медичного персоналу, так і між надавачами медичних послуг (лікарями) та споживачами медичних послуг (пацієнтами).

Необхідно підкреслити той факт, що і зв'язку із стрімким впровадженням медичної реформи, а саме першого та другого рівнів, відчувається недостатній професійно-освітній рівень медичних кадрів у відповідній галузі охорони здоров'я, недостатньо пристосований до інноваційної простору впровадження суспільних реформ. Існуючі застарілі підходи до менеджменту персоналу у медичній галузі ще не на повну міру відповідають намагаються відповідати сукупності сучасних вимог, міжнародних стандартів, тим більше на сучасному етапі із врахуванням пріоритетів Стратегії державної кадрової політики на 2012–2021 роки.

Адміністративно-правовим фундаментом розробки та реалізації Стратегії є Конституція та закони України, інші нормативно-правові акти, згідно із якими держава відтворює перелік умов з метою подальшого відтворення громадянам гарантованого права на працю, надає рівність прав та можливостей під час вибору професії та роду трудової діяльності, реалізовує перелік програм з подальшого професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів згідно із суспільними потребами.

Однак попри низку вищевказаних можливостей відчувається проблемність

в галузі менеджменту та адміністрування керівного персоналу у медичній сфері України, що пов'язана перш за все із відсутністю: відкритого конкурсного відбору, управління кар'єрним ростом, ротації, безперервного професійного навчання, єдиних критеріїв оцінювання та стимулювання, нормативного регулювання вимог професійної етики кадрів.

Проведений аналіз літературних джерел [1-5; 8; 12-14] з вітчизняного досвіду свідчить, що за часів панування адміністративно-командної системи була утворена система номенклатури, що за своїм потенціалом дозволила зацікавити в майбутній результативності праці керівників найбільш високого рівня. Безмежна кількість управлінських кадрів у медичній галузі розпочинала роботу у національному апараті радянської та невідосконаленої пострадянської системи та вимушена була формуватись за складних умов, тому, на нашу думку, для управлінських кадрів досить важливо здійснити переосмислення не тільки досвіду всієї системи в цілому, але й власного. Ключовим в управлінні персоналом є принцип добору і розстановки кадрів за їх особистісними і діловими якостями .

Важливість менеджменту та адміністрування медичної галузі набули неабиякого значення протягом останніх років, за умов значного приділення уваги саме процесу активізації людського фактору на виробництві та суспільному житті. У зв'язку з цим, вийшов Наказ МОЗ від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, що набув чинності з 01 січня 2019 р., керівники медичних закладів повинні мати вищу освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я», та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я» [32].

Отже, відповідна складність управління медичною галуззю, а особливо в період реформування, обумовлюється тим, що процес здійснюється поетапно в рамках складного організаційного механізму, що, в свою чергу, чинить вплив на

діяльність різнобічних об'єктів, що в свою чергу характеризуються різноманітними явищами, а також складається з численних функціональних операцій і процедур, якими користується перелік структурних підрозділів зі складними адміністративними відносинами. Варто виокремити перелік факторів які б, на нашу думку, сприяли ефективному управлінню охороною здоров'я є, а саме: удосконалення підбору керівних кадрів; науково-методичне та технологічне удосконалення стилів керівництва; вдосконалення через комплексний вплив процесів менеджменту та адміністрування медичної галузі (кваліфіковане та розширене запровадження технологій управління); удосконалення функціональної структури апарату управління; наукова та інноваційна організація праці в керівній і відповідно керованих підсистемах; ініціювання творчого підходу до робочих процесів медичних колективів за умов впровадження технологічних розробок, поставлених перед охороною здоров'я в цілому і закладом зокрема.

1.2 Специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки

Сучасні інноваційні процеси під час реформування державної системи охорони здоров'я, які відбуваються в нашій державі, покликані покращити функціонування всієї медичної галузі.

Наведемо деякі дані із історичної практики поетапного запровадження медичної реформи в Україні. Отже, медична реформа в Україні стартувала у жовтні 2017 р. разом із прийняттям Верховною Радою України законопроекту № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», відповідно до якого держава гарантує повну оплату коштом держбюджету України необхідних медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної, паліативної медичної допомоги, медичної

реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, а також супроводу вагітності та пологів [17].

Через півроку (2 квітня 2018 р.) був розпочатий перший етап медичної реформи, який ознаменувався індивідуальним обранням власного сімейного лікаря та підписанням з ним декларації.

Процес запуску наступного етапу реформи, що згідно запланованої програми повинен був стартувати з 1 липня 2019 р. (пацієнтам мали почати надавати послуги за програмою «Безкоштовна діагностика»), на жаль було відкладено. У підсумку з 1 липня почалася підготовка до наступного етапу реформи (до неї входять комп'ютеризацію лікарень, їх оснащення належним обладнанням та інше).

27 листопада 2019 р. Кабінетом міністрів України було ухвалено Програму медичних гарантій (перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які пацієнтам (споживачам медичних послуг) буде оплачувати держава за кошторис держбюджету), що нарешті була запущена з 1 квітня 2020 р., надавши стартові гарантії другій хвилі реформування системи охорони здоров'я [34].

Основа всього трансформаційного механізму охорони здоров'я – це зміна моделі фінансування та запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Для спеціалізованої допомоги сфери охорони здоров'я це означає, що держава завдяки Національній службі здоров'я України (НСЗУ) повинна сплачувати кошти медичному закладу за індивідуально надану послугу у сфері охорони здоров'я, пролікований випадок або ж готовність надавати перелік медичних допомог. Державним бюджетом на це у відведено 70,4 млрд грн. протягом 2020 року [10]. Згідно вищевказаної моделі реформа передбачає суттєве підвищення ефективності застосування бюджетних коштів у медичній системі та здійснює стимулювання підвищення доступності отримання саме якісних медичних послуг для пацієнтів.

Отже, хочеться відмітити позитивні зміни: попри прогнози скептиків довгоочікуваний другий етап медичної реформи все ж-таки стартував.

Професійна діяльність, а також багаторічний досвід працівників охорони

здоров'я (лікарів) щодо надання медичної допомоги та послуг безпосередньо впливає на протікання якісних процесів, зокрема як показник, що формує якість здоров'я людини й суспільства в комплексі. Переважна більшість власне середньої медичної ланки спеціалістів (за різними підрахунками, від 3/4 до 2/3 чисельності усього медичного персоналу), значне розширення її функцій у галузі надання медичної допомоги та профілактично-реабілітаційних послуг потребують трансформацію найважливіших механізмів національного впливу регулювання у відповідній галузі.

Загальна тенденція реформування охорони здоров'я в європейських країнах, як зазначає І. М. Солоненко, – «це просування в напрямі до загальнодержавного охоплення населення, посилення контролю з боку уряду за загальними витратами в охороні здоров'я, універсальна адаптація глобальних бюджетів і ринку стаціонарної допомоги та рух до контрактних моделей [36, с. 67]. За даних умов національне адміністрування все активніше відходить від централізованої методики керування, одночасно створюючи можливості із саморегуляційного напрямку галузі. Утворюється новітній розподіл праці між виконавчим органом влади та ринком у контексті регулятивної системи з охорони здоров'я нації. Відповідний розподіл спрямований на відповідне посилення відповідальності.

Варто зазначити, що серед нововведень для пацієнтів під час першої – третьої хвиль медичної реформи – це, перш за все, право на вільне обирання не тільки вузькопрофільних надавачів медичних послуг (спеціалістів), у яких планують отримати консультацію або зробити операцію, а й обрати лікарню на власний розсуд та згідно своїх фінансових можливостей, в якій планують поправити здоров'я – прив'язки до району чи міста більше не планується. Право на отримання безкоштовних консультаційних послуг або допомоги можна буде лише з дозволу (скерування) власного сімейного лікаря. Згідно направлення лікаря пацієнти (отримувачі медичних послуг) в праві отримувати безкоштовно практично майже весь перелік медичних послуг, окрім такої, що не вважається критично важливою – масаж, фізіотерапія, пластична хірургія, планова

стоматологія (оплачуватиметься лише невідкладна). Направлення до вузьких спеціалістів планується додатково в електронному вигляді, як і ведення самої медичної картки пацієнта. В разі, якщо споживач медичних послуг бажає здійснити консультацію у вузького спеціаліста за власним бажанням, тобто, без скерування сімейного лікаря, він звичайно може звернутися до нього за умови індивідуальної оплати даної консультативної послуги із власної кишені.

Що ж беззаперечно стосується змін в урологічному відділенні, то на даному етапі запровадження реформи відбулось скорочення спеціалізованого ліжкового фонду та відповідно зниження функції лікаря-уролога з паралельним підвищенням процесів інтенсифікації застосування урологічних ліжок стаціонарного призначення. Згідно статистичних даних нами відмічений той недоопрацьований факт, що незважаючи на майже 100% скорочення кількості урологічних ліжок у центральних районних лікарнях, близько 50 % пацієнтів із захворюваннями сечостатевої системи вимушені госпіталізувати до терапевтичних та хірургічних відділень, так як кількість хворих, нажаль, не зменшилась прямопропорційно забраним ліжкам [20].

Наразі виходячи із вищевикладеного, на нашу думку, доречним та ефективним було б впровадження алгоритму адміністративних технологій з управління маршрутами хворих з подальшою метою отримання спеціалізованої урологічної медичної допомоги відповідно направленням лікарів ЦРЛ, створення міжмуніципальних центрів консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги населенню області в багатопрофільних лікарнях.

Досліджуючи специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки, нами виявлено наступні недоліки:

- недостатність запровадження реалізаційних напрямків безперервної медичної післядипломної освіти урологічного спрямування;
- відсутність мультидисциплінарних команд, що, в свою чергу, здатні функціонувати за місцем первинного надходження пацієнта;
- проблеми первинної ланки урологічної служби, зумовлені низьким

менеджерським потенціалом, а звідти – кадровим й іншим ресурсним дефіцитом, низьким рівнем проінформованості і настороженістю (недовірою) медичного персоналу;

- відсутністю інноваційних та модернізаційних процесів у підготовці питань урології та репродуктивного здоров'я та інші.

- концентрація ресурсів в окремих медичних організаціях, населених пунктах на тлі відсутності менеджменту і системного розвитку засобів і методів забезпечення наступності, яка веде до дисбалансу ресурсів;

- недостатній рівень матеріально-технічного оснащення підрозділів і медичних організацій, що утворюють систему урологічної допомоги;

- незначний порівняно із іншими європейськими країнами рівень інформатизації, в першу чергу – відповідної наявності та використання телемедичних технологій.

Нова команда МОЗ взялася втілити зміни, які на рівні Стратегії закладено до Концепції. Протягом двох років від затвердження документа урядом здійснено певні кроки на шляху до поставленої мети. Так, вже ухвалено закони щодо нового статусу закладів охорони здоров'я, фінансових гарантій надання медичних послуг та розвитку сільської медицини. Також затверджено низку нормативних актів щодо організаційно-фінансового механізму функціонування первинної ланки, госпітальних округів, методичних засад розрахунку вартості медичних послуг тощо. Створено єдиного замовника та розпорядника лівової частки коштів, що виділяються на медицину, – Національну службу здоров'я (НСЗ).

Водночас запровадження на практиці виокремлених стратегій з подальшого реформування отримує як позитивні, так і негативні відгуки одночасно від фахівців, які покликані займатися процесом реформування галузі, так й від учасників процесу з надання послуг робітників галузі охорони здоров'я та пацієнтів (споживачів медичних послуг). На нашу думку, даний факт зумовлений низкою певних причин, серед яких:

- розробка дієвих комплексних механізмів здійснюють перешкоджання

практичних запроваджень особливостей правової, фінансової та адміністративної систем нашої держави. Отже багаточисленні перешкоди у сучасній адміністративно-правовій системі подолати нелегко;

– неврахування в Концепції переліку актуальних аспектів, серед яких: медичне страхування, інноваційна роль діагностики в реформованій медицині, виникнення новітніх управлінських форм, що поєдналися завдяки комплексності соціальних та медичних послуг тощо;

– організаційні труднощі під час реформування: команда реформаторів практично не спирається на депутатський корпус, фахове середовище, мало впливають на неї й іноземні консультанти, недостатньо залучено до процесу медичну еліту. Варто окремо розглянути кожну з причин у контексті здобутків, проблем та перспектив.

Перелік ухвалених за останній період нормативно-правових актів, зокрема Наказ МОЗ № 801 від 29 липня 2016 року, яким затверджено Положення про амбулаторію, Наказ МОЗ та Мінрегіонбуду «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 06 лютого 2018 року, Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» № 504 від 19 березня 2018 року та низка інших – здійснили закладення фундаменту адміністративно-правового напрямку з метою подальшої розбудови новітньої моделі медичної допомоги, основою для якої має стати амбулаторія [23; 45, с. 56-59].

Однак, на наш погляд, все ж-таки варто буде остаточно почати відходити від ЦПМСД з безмежним переліком громіздкого апарату та черезмірними адміністративно-управлінськими витратами. В такому випадку сімейний медичний працівник опиниться набагато ближчим до механізму розподілення матеріальних ресурсів. Варто наголосити, що на даний момент ми можемо спостерігати, що цей найважливіший крок поступово відкладається через низку невирішених питань, розкриттям яких ми будемо займатися у наступному розділі.

1.3 Зарубіжний досвід адміністрування та менеджменту інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я, в тому числі урологічної служби

Перехід до нової методології управління передбачає як творчий підхід, так і науковий пошук, проведення наукових досліджень та експериментів з цих питань. Особливе місце у цьому процесі відіграє вивчення світового досвіду та підготовка фахівців у галузі менеджменту, накопичення фундаментальних і практичних знань щодо стратегічного управління.

Треба зауважити, що у світі найбільш поширеним є розподіл країн за трьома групами охорони здоров'я, серед яких виділені наступні: державна (національна) система, страхова медицина; приватна система (рис. 1.1).

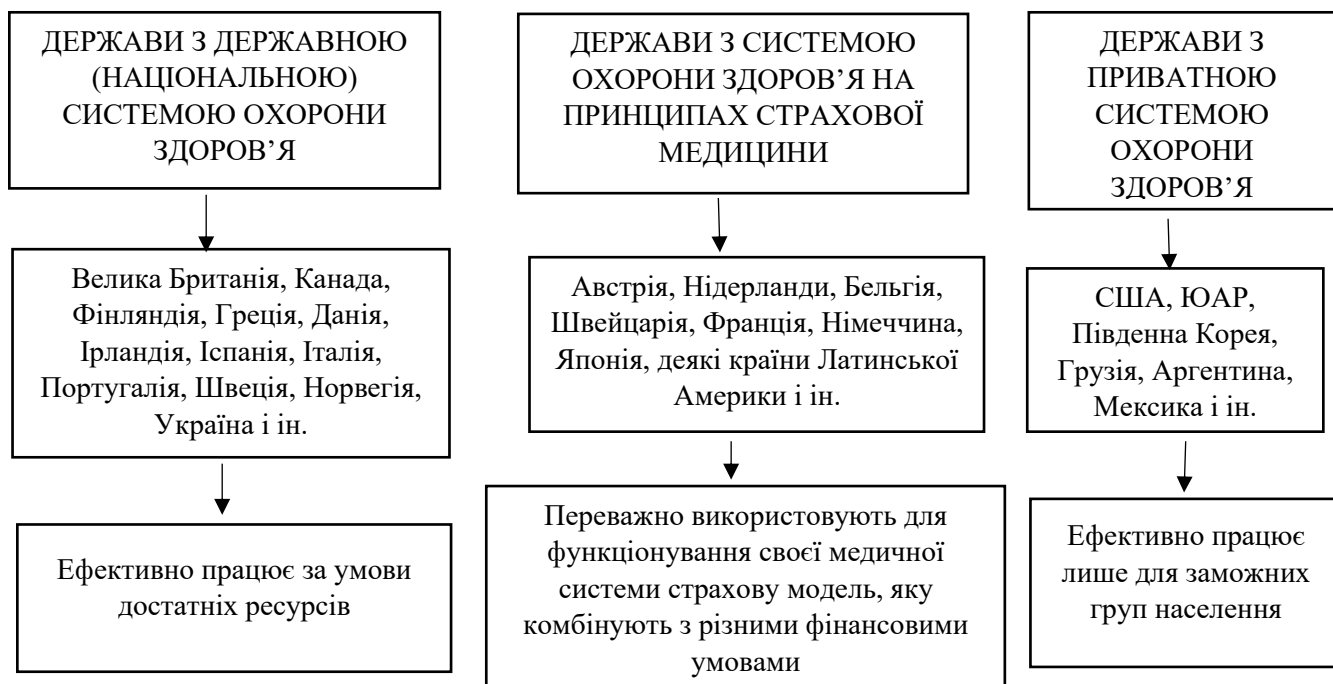


Рис. 1.1. Класифікація держав і їх систем охорони здоров'я [17, с. 184]

Усередині будь-якої групи країн з порівнянним рівнем розвитку не існує прямої залежності між витратами на медичну допомогу і рівнем здоров'я населення. Сімка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і ряд інших) виглядає так: Японія, Німеччина, США, Великобританія, Франція, Канада, Нідерланди [17, с. 200].

На першому місці стоїть Японія. Вона посідає останнє місце за частиною витрат на охорону здоров'я у ВВП і забезпеченості населення лікарями. Одне із перших місць посідають США, але дитяча смертність і очікувана тривалість життя чоловіків в США найбільш несприятливі. Таким чином, напрошується висновок, що якщо країна переборола злидні, то для неї немає готової відповіді на запитання: чи треба витратити на медицину більше, ніж уже витрачається. У США не існує обов'язкового медичного страхування всього населення. Витрати на лікування, що покриваються приватними страховими компаніями і державою, наприкінці 90-х рр. ХХ ст. оцінювалися в 70% від загальної суми медичних витрат населення, рівної 440 млрд. дол., у тому числі на частку приватних страхових компаній понад 30 % цієї суми [21, с. 56-58].

У страхових компаніях США клієнти по медичному страхуванню повинні частково оплачувати витрати у фіксованому (від 50 до 250 дол.) або дольовому (20%) розмірах [30, с. 19-20]. Недосконала система менеджменту та адміністрування медичного страхування (в том числі й урологічної служби) прямо або побічно зачіпає інтереси всіх жителів країни. І справа не тільки в соціальній незахищеності більшої частини населення. У випадку потрапляння до медичної установи незастрахованого споживача медичних послуг, установа не в праві «лишити пацієнта на вулиці», однак витрати на його лікування в прихованому вигляді прямопропорційно будуть перерозподілені між відповідною сукупністю застрахованих пацієнтів. Даний факт в обов'язковому порядку призводить до подальшого зростання вартості страхового полісу.

Кожного року адміністративний апарат витрачає до 30 млрд. дол. на покриття вартості страхового полісу витрат малозабезпечених, додатково до 5 млрд. дол. «дарують» їм медичний персонал, що здебільшого, виконуючи своє «покликання», погоджуються надати медичну допомогу безкоштовно. Отже ми бачимо, за якою схемою здебільшого витратна частина медичного страхування щодо обслуговування незастрахованих споживачів медичних послуг (а вони такі ж, як і витрати на застрахованих) частково перекладаються на застрахованих, а також у частковому співвідношенні покриваються за рахунок коштів державного

бюджету. Дане незбалансоване явище значно підсилює гостроту проблеми, тому за останні десятиліття в США відзначається незадовільний факт неконтрольованого зростання витрат на медичне обслуговування.

Однак, незважаючи на таку різноманітність послуг, поза сферою уваги всіх цих видів медичного страхування в США виявляється більша частина населення країни. Приблизно 44 млн. американців (з них – третина дітей) не мають медичної страховки, а 77 млн. мають так звану «переривну страховку», тобто у певні періоди не мають жодної (наприклад, у разі втрати роботи) [50].

Отже до позитивних якостей американської системи охорони здоров'я віднесемо високу якість надання медичних послуг, а також достатньо широкий вибір медичних установ і медичного персоналу.

Система охорони здоров'я країн Західної Європи має поділ за двома основоположними групами, що відповідають «бевериджській» та «бісмарківській» моделям. Першу систему (так звану бюджетну) запропонував В. Беверидж у 1942 р. у Великій Британії. Ця система полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування [36, с. 80]. Лікарі за даною системою отримують заробітну винагороду від відповідної кількості споживачів медичних послуг, яким вони надають медичну допомогу. «Бевериджська» модель переважає в багатьох розвинутих країнах і віднайшла своє позитивне застосування в таких країнах, як Данія, Ірландія, Швеція, Фінляндія тощо. До переваг даної моделі ми віднесемо загальну доступність медичного обслуговування, належне адміністрування з боку держави за витратами, адекватність розподілу засобів.

За основу бісмарківської моделі було взято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. Відповідно правових норм фінансування системи охорони здоров'я відбувається за рахунок коштів у вигляді обов'язкових внесків установ, організацій до спеціального фонду, яких достатньо в країні й принцип їх побудови спирається на професійні або територіальні індивідуальні ознаки. Страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Адмініструванням

зазначених фондами займаються саме представники застрахованих.

Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, або охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення у Німеччині, Швейцарії та Франції [40, с. 80-81].

Німеччина має найдовшу серед європейських країн історію медичного страхування. Протягом тривалого періоду вона користувалася, а також продовжує застосовувати в медичній практиці подвійну систему страхування здоров'я за одночасною участю приватних організацій, а також установ державної форми власності. Існують два види страхування: обов'язкове (державне) й добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я у Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6 % ВВП, або 2840 євро на одну особу.

Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним принципом і частково за професійним або галузевим. У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90 % населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12–14 % заробітної плати працівника до оподаткування. При розрахунку внесків до уваги беруться лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель – 52,8 тис. євро [45].

Переваги німецької моделі медичного страхування полягають у: відповідному національному достатньо високому рівні медичного обслуговування громадян незалежно від їх доходів; найширшому охопті відсотку населення медичним страхуванням; порівняно великих затратних сум, що направляються на бюджетування медичної галузі; поширенні впритул до обов'язковості соціально-профілактичних оглядів; поширенні грантових конкурсів та тендерів, наукових досліджень у сфері медицини, постійне підвищення кваліфікації кадрів тощо.

Недоліки медичної моделі Німеччини: зростаючий з кожним роком

відсоток збільшення розмірів відрахувань на систему охорони здоров'я, що станом на сьогодні становить 13,4 % заробітної плати до оподаткування; значне перевищення організаційних витрат в системі охорони здоров'я (у лікарняних касах вони становлять приблизно 5 % від суми внесків); обмеженість лікарняних кас у власному накопичують страхових внесків з подальшим їх інвестуванням і відповідно отриманням прибуткових коштів; поступове скорочення переліку із списку медичних послуг, в тому числі й урологічного напрямку.

Система охорони здоров'я Франції медичного схиляється до централізованого упорядкування, що функціонує на підставі Закону «Про медичне страхування і фінансування охорони здоров'я», що передбачає внесення страхових сум одночасно як робітниками, так і роботодавцями. Причому роботодавці сплачують – 12,5%, а наймані працівники – 7%. На чолі системи лікарняних кас стоїть національна каса (каса страхування найманих робітників), яка перебуває під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці. у Франції існують численні товариства взаємодопомоги, які здійснюють додаткові до обов'язкового види страхування, наприклад, оплату медикаментозної і стоматологічної допомоги [39].

Німецька і французька адміністративні моделі мають спільність у обов'язковості характеру процесу страхування, доступності для всього населення незалежно від ступеня ризику, використанні технологічних модернізаційних розробок, суспільної солідарності, участі державних адміністративних органів в оплаті вартості лікування й ліків.

Система охорони здоров'я Великобританії має характер національного бюджетування з насиченим ступенем централізації управління. Відповідно переважна частина коштів виділяється з національного бюджету й має відповідний вертикальний розподіл. Даний вид фінансування дозволяє на належному рівні стримувати зростання вартості медичного обслуговування.

Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження податків, що складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки

7,5% його формується за рахунок внесків роботодавця. Таким чином, національна система охорони здоров'я існує практично за рахунок коштів, які вносяться платниками податків і виділяються державою на охорону здоров'я [44].

Істотним недоліком бюджетного фінансування медичної системи Великобританії виступає монополістичний напрямок, часткове ігнорування прав пацієнтів, що тягне за собою відсутність можливості вибору медичного працівника й відповідного медичного закладу для подальшого лікування.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, розуміємо, що кожна держава (будь то європейська, або будь-яка інша країна світу) свою систему охорони здоров'я вибудовує, спираючись на власний історичний досвід, на розмір власного бюджетного фінансування, на інноваційні технології.

Тому, на нашу думку, не можна стверджувати про ефективність та універсальність окремо взятої моделі адміністрування та менеджменту медичного захисту, яка б до речі ще й підходила до будь-якої країни згідно параметрів. Отже, висновок наступний: немає універсальної моделі, яка б підходила усім країнам. Держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування і забезпечити реалізацію та контроль за нею. Звичайно, це не виключає можливості і потреби її реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування дозволить країні розвиватися далі.

Міжнародний досвід країн із розвинутою економікою, інноваційною системою медичного устаткування та рівнем запропонованих медичних послуг свідчить про доцільність керівництва багатопрофільних закладів з охорони здоров'я спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management.

Діяльність фахівців з медичного менеджменту в першу чергу має бути спрямована на ефективне забезпечення раціональної фінансово-господарської діяльності у відповідних закладах медично-профілактичного профілю, а отже паралельно застосовувати на практиці раціональне використання матеріальних,

фінансових і трудових ресурсів. Тобто такі, якісно нові для України, фахівці повинні «звільнити головного лікаря від немедичної роботи» та забезпечити розвиток медичного бізнесу в країні.

Висновки до розділу 1

1. Удосконалення функціональної структури апарату управління галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Це пов'язано з тим, що на сьогодні в медичній сфері функціонують два типи організацій, з яких перший тип – вітчизняні установи охорони здоров'я, другий тип – медичні заклади приватної форми власності, що функціонують на правах відокремлених господарюючих господарських суб'єктів в умовах ринку. Управління такими закладами забезпечують менеджери медичної сфери.

2. Менеджмент урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки має бути спрямований на високоякісне формування та реалізацію стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації. З метою досягнення вищезазначених цілей необхідно зробити акцент на методиці впровадження наукових та інноваційних аспектів в організації праці в керівній і відповідно керованих підсистемах; ініціювання творчого підходу до робочих процесів медичних колективів за умов впровадження технологічних розробок.

3. Досвід провідних країн світу, а також паралельно Європейського Союзу, країн Центральної і Східної Європи засвідчує, що менеджмент та адміністрування медичної системи, зокрема урологічної служби, можна й потрібно успішно вдосконалювати, враховуючи рамки як бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ Й МЕТОДИК ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОЗРІЗІ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

2.1 Діагностика наявного рівня сформованості оновленої системи менеджменту та адміністрування в умовах запровадження другого рівня медичної реформи Сумської області

Одним із завдань менеджменту та адміністрування під час медичної реформи є забезпечення спільної та ефективної роботи щодо:

- якості надання медичних послуг;
- належного сервісу обслуговування споживачів медичних послуг, максимально наближеного до сучасних європейських стандартів;
- ефективності розвитку закладу охорони здоров'я в відповідно виокремлених кількісних і якісних показників;
- впровадження новітніх модернізаційних та інноваційних технологій і методик у лікувально-профілактичний процес споживачів медичних послуг;
- безперервності у підвищенні професійної кваліфікації медичного персоналу;
- створення та підтримки дієвої поетапної мотиваційно-спонукальної програми для медперсоналу;
- створення та підтримки кадрового резерву медперсоналу;
- розробки та подальшого впровадження на практиці методології із доведення персоналу стратегії розвитку, цілей установи;
- створення та утримання конкурентоздатного іміджу й атмосфери довіри до відповідного медичного закладу.
- ефективності навчання в сфері менеджменту, постановки сервісу, комунікацій, конфліктології, тимбілдінга.

У другому розділі нашої роботи здійснимо діагностику наявного рівня сформованості оновленої системи менеджменту та адміністрування в умовах

запровадження другого рівня медичної реформи Сумської області згідно вищенаведених критеріїв та напрямків.

Науковим і організаційно-методичним центром для урологічної служби всієї країни, а також центром надання високоспеціалізованої урологічної допомоги є ДУ «Інститут урології» НАМН України. В системі МОЗ України надання урологічної допомоги населенню переважно сконцентроване на вторинному і третинному рівнях [45]. Зокрема, в Сумській області, обраній науковою базою дослідження, комплексна амбулаторна урологічна допомога доступна для дорослого населення у всіх комунальних районних і міських ЗОЗ та в обласній клінічній лікарні (ОКЛ).

Перелік видів медичної допомоги урологічного напрямку стаціонарного призначення надається у тринадцятьма з п'ятнадцяти центральних районних (ЦРЛ) та центральних міських лікарень (ЦМЛ), а також в ОКЛ. При цьому, варто зазначити, що під час першого та другого етапу медичної реформи деякі свої функції лишилися виконувати крім урологічних відділень у ЗОЗ вторинної медичної допомоги, а саме: Сумській ЦМКЛ, Шосткінській, Конотопській та Охтирській ЦРЛ, а в решті – спостерігаємо наявність спеціалізованих ліжок у складі хірургічних складових відділень. Також варто зазначити, що окрім комунальної форми власності, в Сумському регіоні надає медичну допомогу перелік закладів приватної форми власності, а саме: м. Шостка (1), м. Глухів (1), м. Кролевець (1), м. Конотоп (2), м. Тростянець (1), м. Лебедин (1), м. Путивль (1), м. Буринь (1), м. Ромни (1) і 3 в м. Суми. Більшість з них здійснюють забезпечення прийому уролога консультативного характеру, два (м. Шостка, м. Охтирка) – мають денний стаціонар і ще три (м. Суми) – носять цілодобовий характер обслуговування.

Ми звернемо увагу на те, що згідно загальноукраїнським тенденціям, в роботі нами здійснена спроба проаналізувати менеджмент та адміністрування урологічної служби (зокрема, конкретних комунальних урологічних підрозділів) з моменту введення на практику новітніх положень медичної реформи, а це з 01 січня 2018 року (стартував перший етап) й по теперішній час (другий етап

розпочався з 01.04.2020 року).

Отже, за аналізований період було здійснено деяку оптимізацію, а саме: ліквідовано амбулаторний прийом в Сумській ЦРЛ, обласних перинатальному та фтизіопульмоцентрах, а також урологічні підрозділи у двох малопотужних стаціонарах і скорочено урологічний ліжковий фонд (сумарно з 290 ліжок у 2018 р. до 265 у 2020 р.). Проте, як виокремлено на рис. 2.1, темпи його скорочення в Сумській області нижчі, ніж в Україні в цілому.

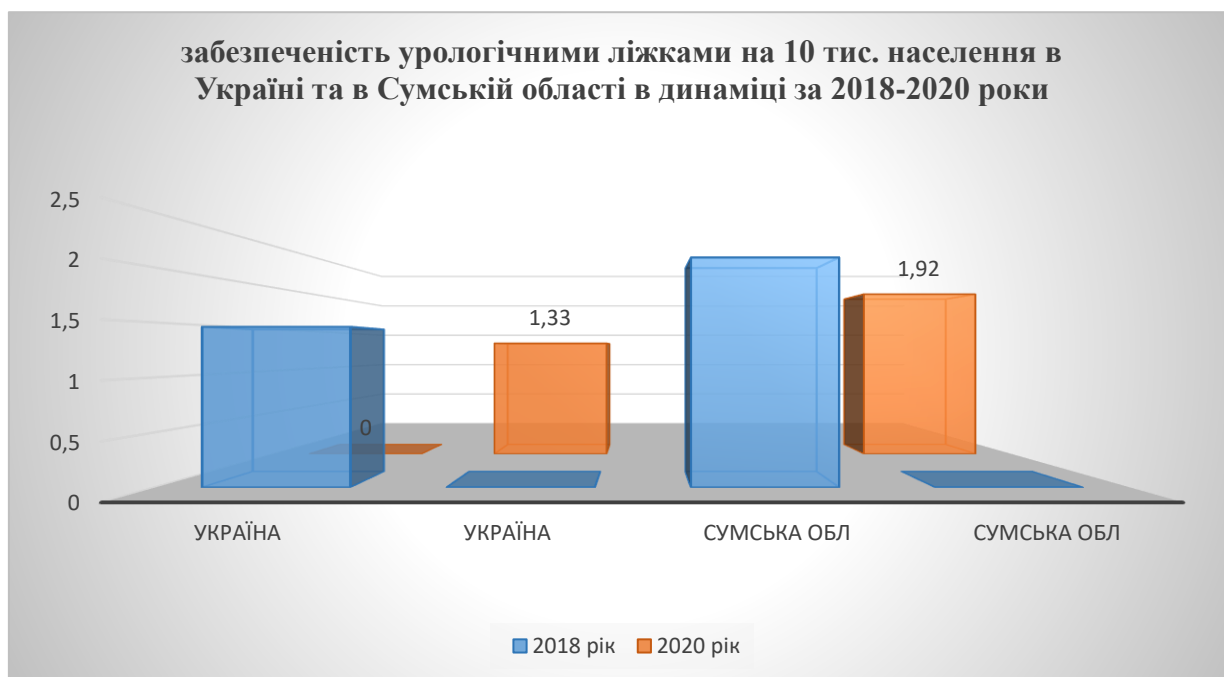


Рис. 2.1. Забезпеченість урологічними ліжками (на 10 тисяч населення) в Україні та Сумській області в динаміці за 2018-2020 рр.

Так, якщо в Україні загалом відповідний показник з 1,46 ліжок на 10 тисяч населення перед запровадженням медичної реформи (до 01.01.2018 року) знизився до 1,33% (на 9,8% в показниках наочності), то Сумська область – наглядно надала дані щодо 2,08% до 1,92% відповідно (на 8,3%), тобто відсоток був до початку медичної реформи, а особливо під час другої її хвилі таким, що перевищує всі показники середнього державного рівня. До моменту запровадження медичної реформи (тобто до 01.01.2018 року) та під час наступних майже два з половиною роки проведення дослідження (2018-2020 рр.) забезпеченість населення належною кількістю урологічних стаціонарних ліжок продовжувала знижуватись, але все-одно в області перевищувала

середньодержавний показник (1,88 % проти 1,15% у 2020 р.). На противагу забезпеченості відповідного відсотку урологічних ліжок, забезпеченість середньої статистики населення лікарями урологами (рис. 2.2) за розглянутий період часу дещо зросла і в Україні (з 0,40 лікарів на 10 тисяч населення у 2018 р. до 0,42 у 2020 р.), а також значно ефективніше в Сумській області (з 0,42 до 0,49 відповідно) [44].

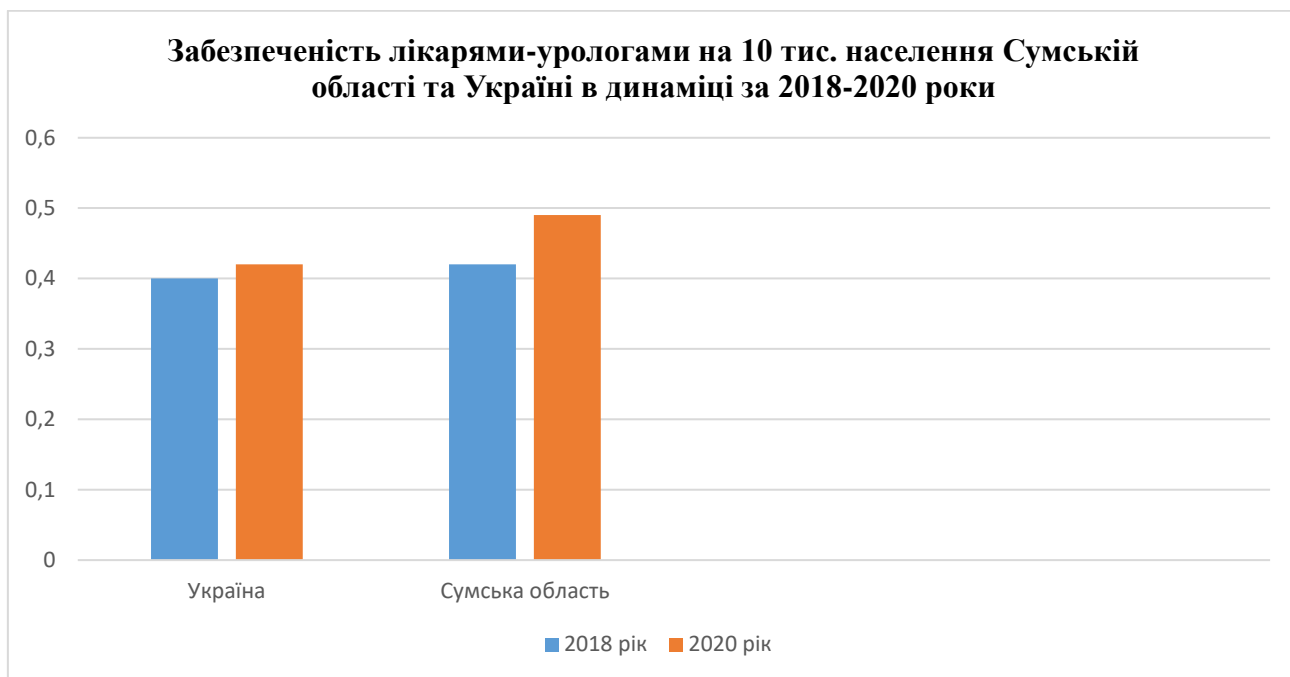


Рис. 2.2. Забезпеченість лікарями-урологами (на 10 тисяч населення) в Україні та Сумській області в динаміці на початок 2018 – кінець 3-го кварталу 2020 рр.

Згідно абсолютних даних відповідна кількість спеціалістів в області урології в нашій державі за вищезазначений період часу зросла, однак мала незначний стрибок: із 1868 осіб на початку 2018 року до 1892 станом на 3й квартал 2020 р. (всього на 1,3% в показниках наочності), а в Сумській області – з 58 до 67 відповідно (+15,5%). Основною причиною надмірної забезпеченості населення Сіверщини фахівцями в області урології є наявність в області медичного інституту Сумського державного університету, наслідком чого є безупинний процес підвищення кваліфікаційного рівня лікарями-урологами, і, як наслідок, – поповнення регіональних ЗОЗ відповідною кількістю медиків - спеціалістів. В якості ілюстрації (табл. 2.1) – наведемо коефіцієнт сумісництва серед лікарів-урологів (кількість споживачів медичних послуг на одну посаду).

Таблиця 2.1

Показники укомплектованості кадрами та коефіцієнти сумісництва посад лікарів-урологів закладів охорони здоров'я Сумської області у 2018 - 2020 рр.

Заклади охорони здоров'я	Рік	Укомплектованість %			Коефіцієнт сумісництва
		Всього	В поліклініці	В стаціонарі	
Всі	2018	98,4	97,3	99,1	0,94
	2020	96,7	91,6	100,0	0,88
Районного / міського рівня	2018	100,0	100,0	100,0	0,95
	2020	95,8	91,4	100,0	0,86
З них м. Суми	2018	100,0	100,0	100,0	0,95
	2020	100,0	100,0	100,0	0,87
Обласного рівня	2018	93,6	66,7	100,0	0,92
	2020	100,0	100,0	97,6	0,92
З них ОКЛ	2018	100,0	100,0	100,0	0,97
	2020	100,0	100,0	100,0	0,90
Україна	2020	94,4	н/д	н/д	1,04

Вищенаведені цифрові значення підтверджується й даними діагностичного рівня кваліфікації спеціалістів урологічного профілю. Як видно на гістограмі 2.3, відповідний відсоток протестованих лікарів-урологів на Сумщині збільшився за в порівнянні на початок медичної реформи й під кінець другої хвилі запровадження медичної реформи (перший квартал 2020 року) відповідно з 69,0% до 79,1% , як і в державі в цілому (з 72,2% у 2018 р. до 83,9% у 2020 р.), однак все одно залишається не на достатньому рівні. Також той факт, що станом на 2020 р. переважна більшість лікарів-урологів вищої кваліфікаційної категорії в області майже удвічі менша, ніж в Україні (25,4% проти 43,7%), а другої – удвічі більша (23,9% проти 11,6%) свідчить, що в Сумській області спостерігається тенденція до постійного оновлення складу відповідних спеціалістів [40]. Разом з тим, встановлено, що урологічні підрозділи ЗОЗ області не мають належного забезпечення обладнанням для малоінвазивних втручань, а

відповідно спостерігається відсутність кваліфікованого медперсоналу для проведення процедур на відповідному обладнанні, особливо на районному рівні (табл. 2.2) Додаток А.

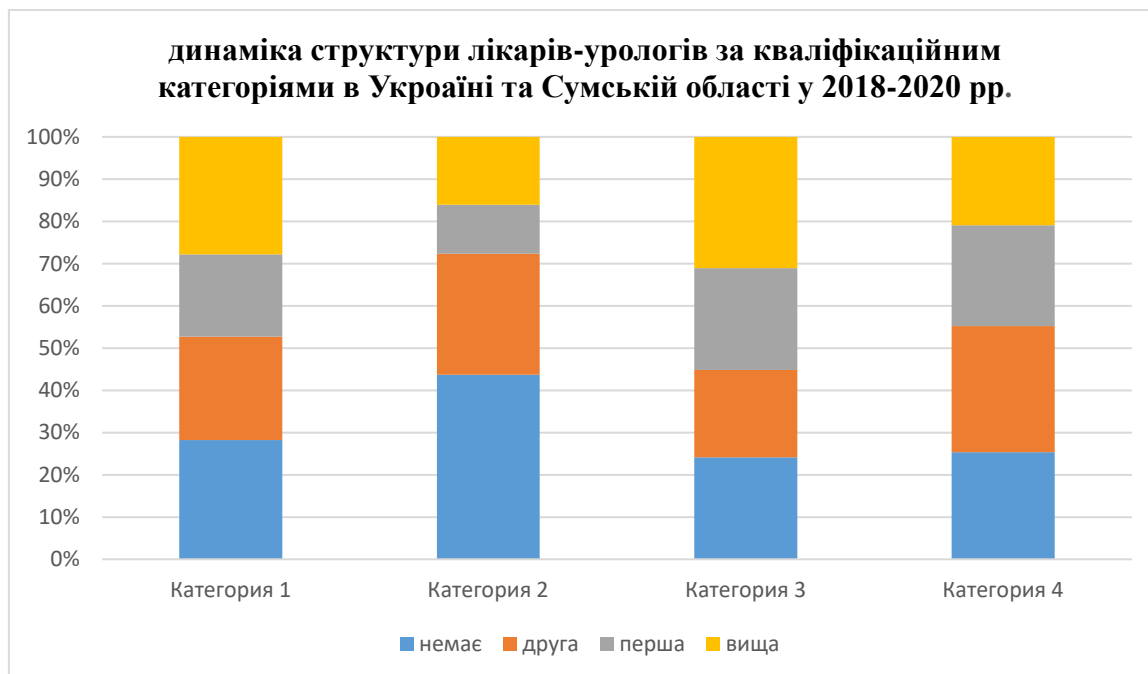


Рис. 2.3. Динаміка структури лікарів-урологів за кваліфікаційними категоріями в Україні та Сумській області у 2018-2020 рр.

Зокрема, можливості здійснення ЕУХЛТ є у Шосткинській ЦРЛ і в спеціалізованому приватному підприємстві (ПП) у м. Суми; ПНЛТ – тільки в товаристві з обмеженою відповідальністю (ТзОВ) «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімейна поліклініка», яке знаходиться в обласному центрі; УЛТ та відкритих операцій – в Шосткинській ЦРЛ, Сумській ЦМКЛ, ОКЛ та у ТзОВ; ЦЛТ – в ОКЛ та у ТзОВ; лапароскопічних – в Сумській ЦМКЛ, ОКЛ та у ТзОВ. У жодному медичному закладі області немає можливості здійснювати УНЛТ. Недостатньо забезпечені ЗОЗ Сумської області й сучасним обладнанням для діагностики СКХ. Попри 100% наявність апаратів УЗД, можливості для КТ є тільки у Шосткинській ЦРЛ, Конотопській ЦРЛ, Сумській ЦМКЛ, ОКЛ та в ТзОВ [42].

Надалі здійснимо діагностику у структурі госпіталізації хворих за відповідними діагнозами. Відсоток захворюваності на хвороби сечостатевої

системи протягом останніх декількох років займають стабільне п'яте місце, як серед мешканців нашої держави в цілому (8,6-8,1% всіх стаціонарних хворих), так і в окремо взятій Сумській області, зокрема, даний показник становить 7,7-7,3% відповідно. При здійсненні дослідження кількісних та якісних показників використання ліжкового фонду висновок показав, що, попри встановлену кращу забезпеченість урологічними ліжками та лікарями урологічного профілю, середня зайнятість відповідних медичних ліжок в області, на противагу до середньостатистичної загальноукраїнської, нажаль, протягом першої та другої хвилі медичної реформи має тенденцію до зниження (рис. 2.4,) що свідчить про недоопрацювання реформованої політики із заповнення й відповідно неналежного використання цих ліжок в області.

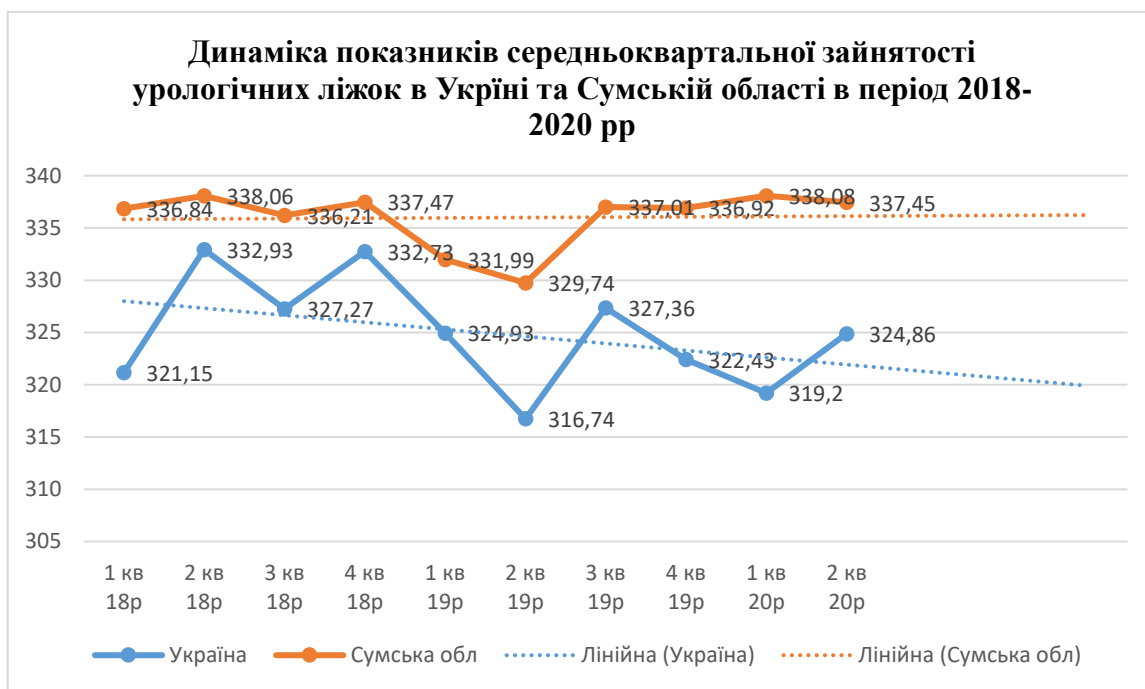


Рис. 2.4. Динаміка показників середньоквартальної зайнятості урологічних ліжок в Україні та Сумській області в період 2018-2020 рр.

Варто діагностувати той факт, що середньостатистична тривалість знаходження під час лікування пацієнта з урологічним діагнозом у стаціонарному закладі згідно загальносвітових тенденцій мала тенденцію до зниження, якщо обирати середньостатистичний показник по Україні, так і по області відповідно (рис. 2.5). Тим не менше слід підкреслити, що станом на другий квартал 2020 року залишається досі вагомою – 9,97 днів в державі та 10,06 днів в регіоні. Цілком логічно, що зниження середньої тривалості

лікування зростав обіг ліжко-місця (рис. 2.6). За даними статистики, зростання показника в Сумській області було дещо нижчим, ніж в Україні загалом, що пояснюється встановленою раніше тенденцією щодо недовантаженості урологічних ліжок-місць в регіоні [42].

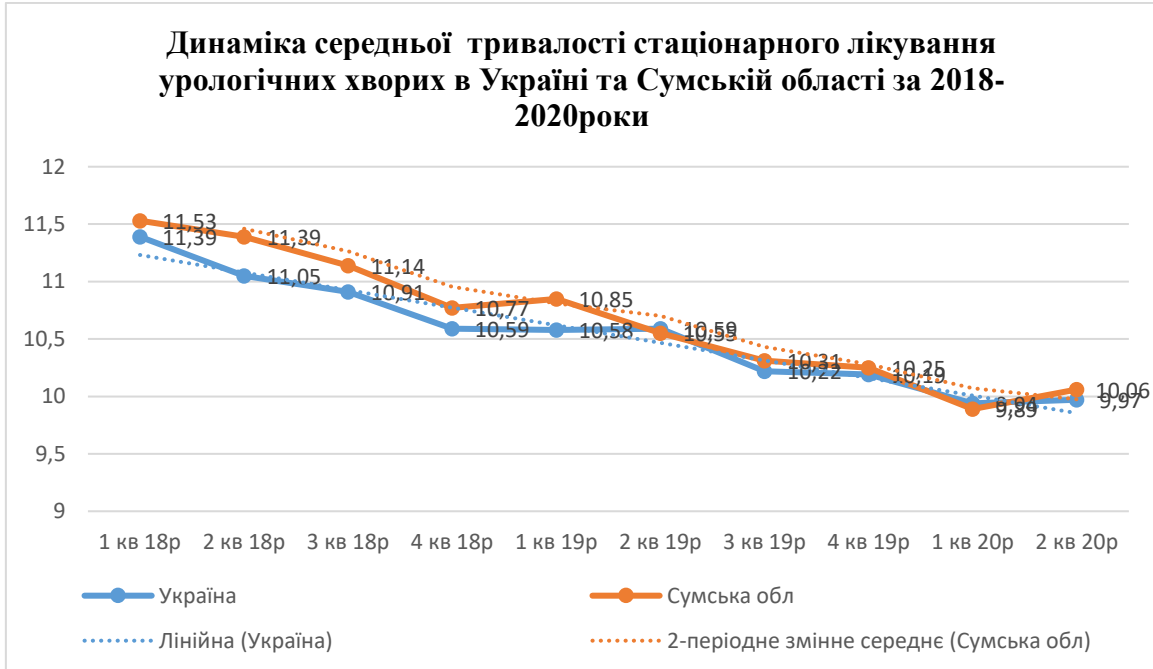


Рис. 2.5. Динаміка середньої тривалості стаціонарного лікування урологічних хворих в Україні та Сумській області за період 2018-2020 рр.

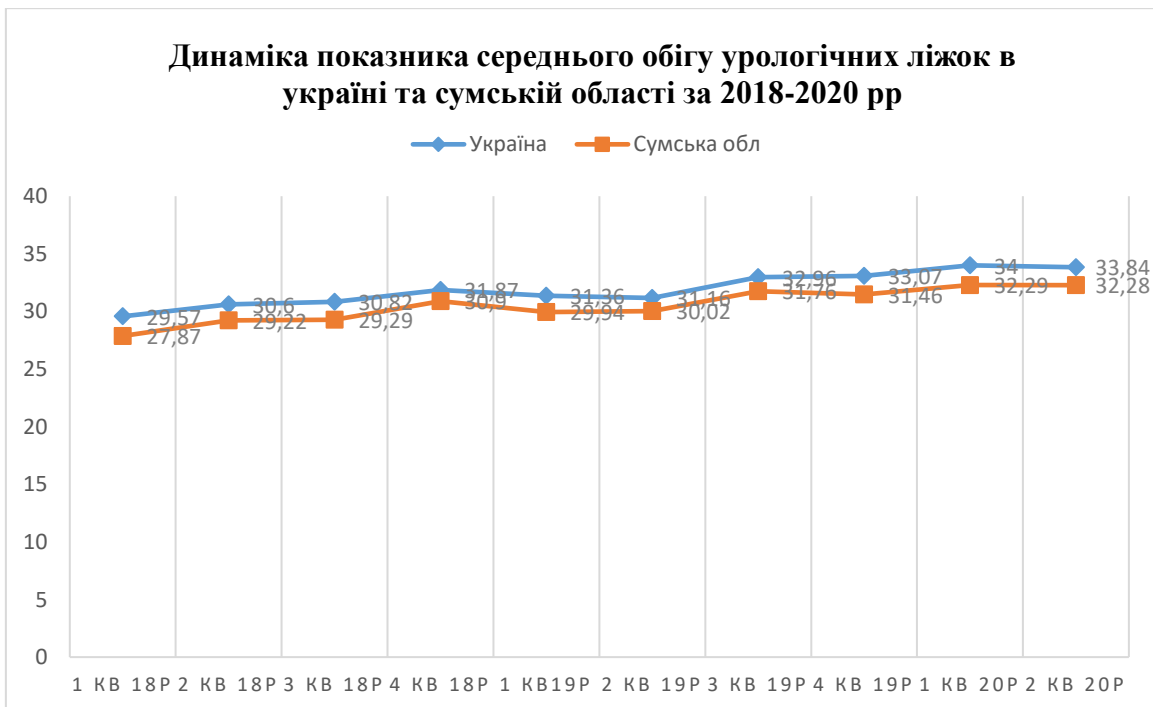


Рис. 2.6. Динаміка показника середнього обігу урологічних ліжок в Україні та Сумській області за 2018-2020 рр.

Здійснюючи діагностику оперативної активності в урологічних підрозділах стаціонарів (рис. 2.7) встановлено, що за період від початку запровадження медичної реформи, включаючи другу хвилю (з 01.04.2020 року) – відповідний період часу кількість урологічних операцій на 1000 населення мала тенденцію до постійного зростання: як в Україні з 4,66% на початку 2018 р. до 9,03% – станом на 02 квартал 2020 року, так і в Сумській області – з 2,23% до 7,42% відповідно.

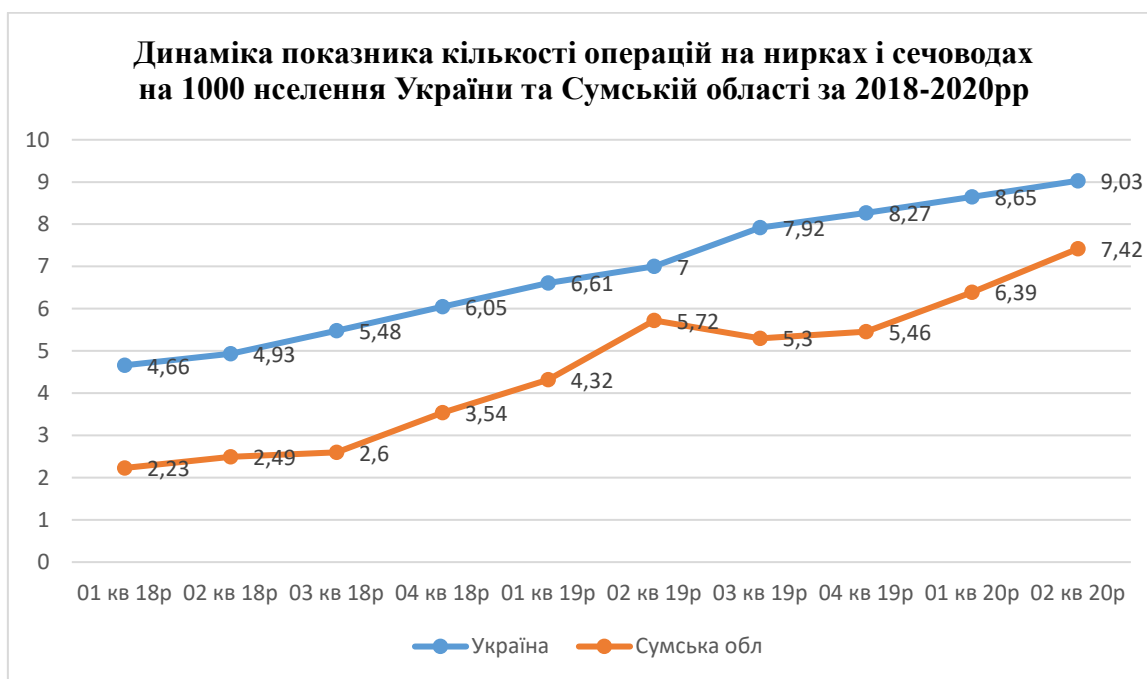


Рис. 2.7. Динаміка показника кількості операцій на нирках і сечоводах на 1000 населення в Україні та Сумській області за 2018-2020 рр.

З одного боку, даний факт являється беззаперечно позитивним, паралельно вказуючи на нові можливості соціуму до новітніх технологій. Тим більше, що поетапність у процесі зростання оперативної активності супроводжувалось позитивною тенденцією щодо зниження післяопераційної летальності як згідно загальнонаціонального статистичного показника, так і в Сумській області (рис. 2.8). Проте, у закладах з охорони здоров'я Сумської області станом на третій квартал 2020 року згідно статистичних даних нажалі проводять меншу кількість операцій на нирках і сечоводах, ніж в Україні загалом, очевидно, внаслідок уже показаного дефіциту медичного оснащення закладів охорони здоров'я, необхідним для проведення сучасних оперативних втручань.

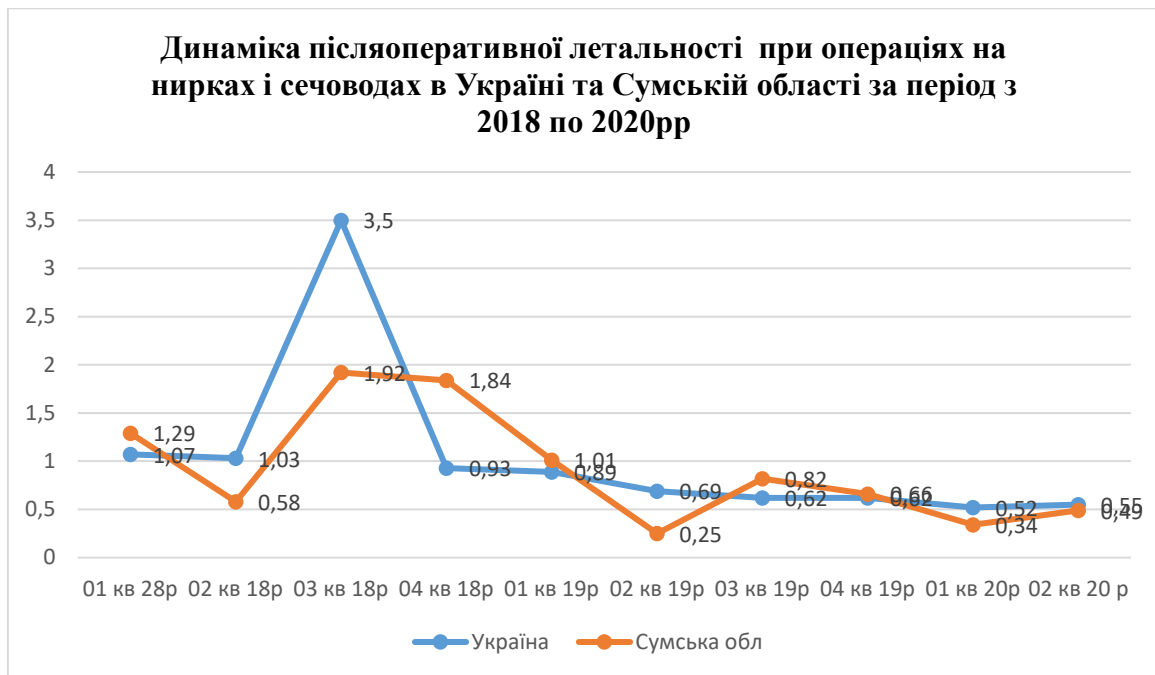


Рис. 2.8. Динаміка післяопераційної летальності при операціях на нирках і сечоводах в Україні та Сумській області за 2018-2020 рр.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, ми зазначимо, що надаючи діагностичну оцінку ефективності менеджменту та адміністрування під час запровадження другої хвилі медичної реформи в Україні, необхідно, перш за все, орієнтуватися на вихідний результат, а не на досягнення процесних показників, як от: укорочення терміну стаціонарного лікування, зайнятість лішко-місця, рівень госпіталізації, кількість проведених оперативних втручань тощо. Показники досягнутого результату, за нашими підрахунками, слід все ж-таки вважати показники післяопераційної летальності, показники зниження кількості інфікованих пацієнтів в амбулаторних умовах, оцінки ефективності лікування за умов застосування інноваційних заходів та методів, цілеспрямованості та адекватності призначеного лікування,

2.2 Аналіз показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи з адміністрування під час другого етапу реформи охорони здоров'я

Основна задача органів виконавчої влади в процесі запровадження

медичної реформи – це ефективне формування регіональних та локальних систем управління. Під дефінітивним поняттям «ефективність» розуміється ступінь досягнення конкретних результатів. При цьому варто наголосити, що в медицині поняття «ефективність» не може бути ототожене з загальноекономічною категорією, так в галузі охорони навіть при застосуванні найкваліфікованішої праці із одночасним використанням новітніх розробок медичної технічної галузі, можемо отримати «нульовий», а подекуди й «негативний» результат.

За діагностичними показниками ми можемо констатувати значні недоліки в організації механізму адміністрування діяльності медичної галузі. А розпочати варто з «самого низу», тобто, з умов формування самих клінічних медичних протоколів, наприклад СКХ (сечокам'яної хвороби), які потребують суттєвого перегляду, оскільки станом на сьогодні виявились недоопрацьованими, а отже, не в повній мірі не можуть відповідати вимогам до створення сучасних медико-технологічних стандартів європейського зразку.

Аналізуючи попередній розділ, що пов'язаний із діагностикою недоліків, що виникли в адмініструванні урологічної сфери під час запровадження першого та другого етапів медичної реформи Сумської області, ми впевнилися, що станом на сьогодні відбулись наступні як позитивні, так і негативні зміни у внутрішній структурі урологічної служби, а саме: достатнє забезпечення кваліфікованими кадрами; максимальна інфраструктура у ЗОЗ різних форм власності; обладнання дозволяє виконувати сучасні малоінвазивні втручання лише в окремих комунальних медичних закладах вторинного рівня, в ОКЛ і в деяких приватних ЗОЗ.

Досліджено, що незважаючи на поетапність здійснення медичної реформи, яка мала на меті першочергове проведення за останнє десятиріччя процесу оптимізації мережі із одночасним зменшенням кількості урологічних ліжок-місць, станом на сьогодні їх середня зайнятість продовжує знижуватись, а середня тривалість споживання медичних послуг пацієнтами залишається на досить високому рівні, що вказує на нераціональність застосування і надмірність

амбулаторної урологічної допомоги.

Комплексне діагностування, а також здійснений аналіз, спрямований на співставлення індивідуальних обов'язкових обстежень на до- та госпітальному рівні виявив, що на фоні найраціональнішого дотримання відповідних раніше встановлених нормативів у недержавній медичній установі, надвелике охоплення споживачів медичних послуг комунальних медичних організація простими лабораторними та інструментальними обстеженнями (загальний аналіз сечі, крові, ультразвукове дослідження нирок) на фоні неможливого доступу (із різних причин) до відповідних дороговартісних методів із включенням нанотехнологій, серед яких комп'ютерна томографія та екскреторна урографія, особливо в районних лікарнях. Діагностовано, що за наслідками недотримання стандартів діагностичних обстежень витрачаються зайві 77,56 грн. на одного споживача медичних послуг з метою подвійного дублювання у районній, а також 129,46 грн. – в обласній лікарні відповідно. Надалі, слідуючи за дублюванням, без відповідного підтвердження діагнозу здійснювалось виписування кожного п'ятого (19,1%) хворого третинного і понад 40% (41,2%) споживачів медичних послуг вторинного рівня.

Додатково з'ясовано, що індивідуальні показники хірургічної допомоги при сечокам'яній хворобі відповідали сучасним вимогам тільки в приватному медичному закладі, де кожен споживач медичних послуг був госпіталізований з подальшою метою щодо ефективних оперативних втручань за допомогою нанотехнологій із відповідним мінімальним терміном підготовки до операційних етапів (0,3 днів). Встановлено, що в обласній клінічній лікарні було здійснено операцій більшості пацієнтів з уролітазом (хірургічна активність – 78,3%), однак переважна частка операцій за даним фактом носить застарілий чи паліативний характер (22,4%), тобто перелік відповідних операційних втручань міг бути проведений за наявності амбулаторних умов (12,9%), а середня тривалість перебування в стаціонарі до операційних втручань пацієнтів становила 1,9 днів. Надалі бачимо, що в районних урологічних стаціонарних підрозділах було здійснено оперативних втручань згідно статистичних даних від 9,3% до 9,8%

хворих на СКХ (при чому до 60% хворих за відповідними ознаками здійснили втручання не в цих закладах охорони здоров'я) із найдовшими термінами очікування на операцію (5,3 днів). Встановлено, що, нажаль, лікарі-урологи стаціонарів комунальних медичних закладів схильні до поліпрагмазії (5-9 препаратів на одного хворого проти 3-4 у приватному медичному закладі), що, у свою чергу, призводило до недофінансування, або ж у 5,5-9,6 разу вищих витрат на фармакотерапію.

За результатами поєданого частотного VEN/ABC аналізу показано, що в ЦРЛ майже половина (46,9%) переліку препаратів та 40% (40,4%, у т. ч. 36,2% в найбільш затратній групі А) призначень мали сумнівну цінність (група N), сягаючи третини (31,2%) сумарних витрат і четвертої частини (26,5%) витрат у групі А. Як наслідок, зайві витрати, спричинені головним чином дублюванням та надмірним застосуванням спазмолітиків у поєднанні із знеболювальними, а також другорядних лікарських засобів – фітопрепаратів, уросептиків тощо, становили 92,7% від фактичних, тобто 1055,12 грн. із 1138,27 грн. на одного хворого [53].

Паралельно ми взяли за мету здійснити дослідження приватного медичного менеджменту. Впевнилися, що поки що найефективніше сприяє дотриманню новітніх сучасних стандартів приватний менеджмент, однак паралельно виявили, що негативним аспектом щодо доступності медичної допомоги в таких ЗОЗ являється суттєві обмеження через непомірну високу вартість обстеження, аналізів, оперативних втручань, подальшого медичного догляду та готельних послуг.

З'ясовано, що модернізоване нормативно-правове забезпечення щодо регламентованих медико-технологічних стандартів медичної допомоги має прогалини щодо вмісту переліку відповідних рекомендаційних норм щодо термінів та обсягу диспансерного спостереження. При структуруванні гістограми, обравши показники віку пацієнта, його статі, місця проживання і відповідного медичного спостереження хворих, що перебувають на диспансеризації з приводу СКХ, а також напрямків їх занесення до комп'ютерної

бази медичної установи із метою подальшого взяття на облік, нами було встановлено ряд організаційних та правових недоліків щодо вчасності виявлення та охоплення споживачів медичних послуг належним якісним лікуванням і спостереженням.

Нами з'ясовано, що порівняно незадовільний рівень лікування споживачів медичних послуг (51,1%) на фоні неналежного дотримання переліку відповідних основоположних вимог диспансерного лікування (недостатнє охоплення контрольними оглядами уролога – 55,0%, лабораторними – 47,6% і ультразвуковими – 39,8% обстеженнями) призводять до малозначної його ефективності, а також фінансових збитків: значний відсоток диспансерних пацієнтів на жаль мали занедбані форми СКХ (15%), достатньо часті ускладнення (12,4%) і рецидиви (11,8%).

За результатами діагностування структури санаторних хворих на СКХ за віком, статтю, місцем постійного проживання, траєкторіями поступлення і термінами перебування ми впевнилися, що й станом на сьогоднішня являється проблемним питання санаторно-курортного лікування, так як на його доступність впливає перелік фінансових та адміністративно-правових чинників (добробут населення, порядок отримання путівок та їх співоплати Фондом соціального страхування).

2.3 Оцінка ефективності оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області

Особливістю нашого дослідження стало впровадження оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби під час другого етапу медичної реформи. З відповідною метою нами було виокремлено перелік індивідуальних елементів нововведень у практичну медичну сферу. Це дозволило їх апробувати та оцінити ефективність.

Таким чином, оцінка ефективності запропонованих нововведень проводилась двома шляхами:

– за результатами впровадження впродовж 2018 р. (початок першого етапу медичної реформи) – 2020 р. (другий етап реформи) на основних наукових та практичних базах дослідження, а також беручі до уваги дані опитування експертів.

Експертами виступили досвідчені організатори охорони здоров'я і лікарі-урологи (18 осіб), з них 11 (61,1%) з вищою та 6 (33,3%) першою кваліфікаційними категоріями, 4 (22,2%) докторів і 10 (55,6%) кандидатів медичних наук.

Таблиця 2.3

Результати експертної оцінки (за десятибальною шкалою) основних характеристик удосконаленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області

Характеристики інновацій	M	±SD	±m	Cv
Системність запропонованих нововведень	9,7	0,4	0,2	4,6
Комплексність запропонованих нововведень	9,5	0,5	0,2	5,3
Етапність та наступність лікувальних заходів	9,6	0,5	0,2	4,9
Етапність та наступність профілактичних заходів	9,8	0,3	0,1	2,8
Взаємодія між всіма видами медичної допомоги	9,4	0,5	0,2	5,2
Раціональність використання коштів системи охорони здоров'я	9,8	0,3	0,1	3,5
Доцільність зосередження оперативної хірургічної допомоги в окремих потужних високотехнологічних ЗОЗ області	9,8	0,3	0,1	3,5
Важливість залучення лікаря ПМД до профілактики і раннього виявлення СКХ	9,6	0,5	0,2	5,2
Доцільність розробки урологами індивідуальних програм метафілактики з врахуванням типу конкрементів і величини ризику повторного каменеутворення	9,6	0,5	0,2	4,9
Важливість залучення лікаря ПМД до виконання хворими програм диспансеризації, метафілактики та реабілітації	9,4	0,5	0,2	5,2
Важливість залучення лікаря ПМД до виконання хворими програм диспансеризації, метафілактики та реабілітації				

Примітка: 1. M – середня арифметична величина оцінок експертів, бали.

2. ±SD – стандартне (середнє квадратичне) відхилення, бали.

3. ±m – стандартна похибка середньої арифметичної величини, бали.

4. Cv – коефіцієнт варіації, %.

Як вбачається із даних табл. 2.2, на узгоджену думку (коефіцієнти варіації у межах 2,8-5,3%) незалежних експертів впровадження нововведень відповідає принципам системності (9,7 балів за десятибальною шкалою) та комплексності (9,5), забезпечить етапність і наступність в організації лікувальних (9,6) та профілактичних (9,8) заходів, взаємодію між всіма закладами і видами медичної допомоги, раціональність використання коштів системи охорони здоров'я (9,8) [37]. Ми констатуємо, а також погоджуємося із висновками незалежних експертів щодо позитивних показників впровадження інноваційних елементів адміністрування удосконаленої під час другого етапу медичної реформи системи профілактики та медичної допомоги споживачам медичних послуг урологічної галузі, а саме:

- зосередження оперативної хірургічної допомоги тільки в потужних високотехнологічних ЗОЗ області (9,8);

- доцільність розробки спеціалістами урологічної галузі індивідуальних програм метафілактики із відповідним врахуванням типу конкрементів і величини ризику повторного каменеутворення (9,6);

- залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, раннього виявлення СКХ (9,6);

- мотивації пацієнтів до виконання програм диспансеризації, метафілактики і реабілітації (9,4) [37].

На думку 100% експертів, (ми також погоджуємось із ними) подальший процес із запровадження нововведень на практиці сприятиме помітному збільшенню випадків вчасного діагностування споживачів медичних послуг, обсягу охоплення їх цілеспрямованим лікуванням та диспансерним спостереженням, прихильності пацієнтів до рекомендаційних настанов медичних працівників у галузі урології. Відповідні реформування повинні сприяти помітному зниженню частоти окремих рецидивів каменеутворення та інвалідизації серед споживачів медичних послуг, а також очікується подальший позитивний медико-соціальний та економічний ефект в урологічній сфері.

Запровадження на практиці індивідуально підібраних інноваційних

елементів удосконаленої адміністративної системи управління галуззю під час другого етапу медичної реформи сприяли профілактиці й медичній допомозі споживачам медичних послуг впродовж дослідження у окремих закладах охорони здоров'я області, обраних науковими базами, підтвердило їх медико-соціальну та економічну ефективність.

Удосконалення лікувально-діагностичного процесу дозволило зменшити частку необґрунтовано госпіталізованих (на 5,3-9,7%), скоротити терміни перебування в стаціонарі (на 1,2-1,4 дні), в т. ч. перед оперативним лікуванням (на 0,3-0,4 дні), та збільшити охоплення хворих диспансерним спостереженням (на 21,2 – 21,8%) [28].

Можемо констатувати, згідно проведених діагностичних та аналітичних даних, що за умов запровадження оновленої системи менеджменту та адміністрування під час другого етапу медичної реформи (2020 р.), спостерігаються як позитивні, так і негативні відхилення.

Аналіз організації стаціонарної допомоги при сечокам'яній хворобі показав, що найбільш сприяє дотриманню сучасних стандартів приватний менеджмент, водночас, як система спеціалізованої хірургічної допомоги на рівні регіону вимагає значної оптимізації, як у напрямі реорганізації урологічної допомоги та перегляду доцільності утримання урологічних ліжок у більшості стаціонарів районного рівня, так і в напрямі удосконалення системи управління якістю її надання [28].

Ми вважаємо, що у більшості сьогоденішніх ЦРЛ, РЛ і МЛ (тих, на базі яких вже сформовані ЛПЛ I рівня) посаду лікаря-уролога доцільно залишити з метою достатнього забезпечення амбулаторного прийому в поліклініці (консультативно-діагностичному центрі). Його функції необхідно чітко регламентувати, а саме:

- зробити акцент саме на комплексній плановій спеціалізованій допомозі споживачам медичних послуг згідно направлення лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- забезпечити невідкладну ургентну консультацію і допомогу згідно

встановлених нововиявлених невідкладних станів;

- прописати маршрути скеровування споживачів медичних послуг на амбулаторне чи стаціонарне оперативне лікування згідно встановлених показів;

- відпрацювати поетапну розробку індивідуальної програми метафілактики після оперативного втручання, спираючись на показники результатів отриманих аналізів з паралельним об'єктивним визначенням ступеню ризику із виникнення повторного ускладнення;

- організація співпраці із ЛЗПСЛ (лікар загальної практики, сімейний лікар) з метою попередження та профілактики виявлення хворих згідно урологічним діагнозам, подальша реалізації та контроль дотримання споживачами медичних послуг рекомендаційних листів та настанов спеціалістів урологічного профілю, насамперед індивідуальних програм метафілактики. Отже, важливе місце відводиться ЛЗПСЛ, який згідно кваліфікаційних характеристик належить до ланки лікарів першого контакту, що відповідно реформи має бути наділений специфічними обов'язками щодо подальшої організації та координування профілактичної складової системи урологічної допомоги.

Висновки до розділу 2.

1. Згідно отриманих діагностичних даних в області адміністрування урологічної галузі регіону у порівнянні із загальнодержавним показником нами з'ясовано, що урологічна служба Сумської області в період запровадження другого етапу медичної реформи характеризується в принципі достатнім забезпеченням кваліфікованих медичних кадрів, розвинутою (але хотілось би більше) інфраструктурою ЗОЗ різних форм власності, обладнання яких дозволяє виконувати сучасні малоінвазивні втручання лише в окремих приватних та КМЗ. При поетапному скороченні урологічних ліжок згідно вимог реформи їх середня зайнятість продовжує знижуватись, а середня тривалість лікування споживачів медичних послуг залишається високою як на загальнодержавному рівні (9,97 днів), так і в Сумському регіоні (10,06 днів), що свідчить про нераціональність їх використання.

2. Встановлено, що навіть за часів впровадження медичної реформи, спостерігається факт найменшої спроможності щодо забезпечення сучасних медичних технологічних засобів урологічні підрозділи районних (міських) закладів охорони здоров'я, де більшість хворих здебільшого госпіталізуються необґрунтовано, де оперативна активність знаходиться на своєму мінімальному (як і до реформи) рівні, а середньостатистичний термін лікування є максимальним, де призначається надмірна кількість аналізів та ультразвукових обстежень за недостатньої кількості одиниць комп'ютерно- томографічного оснащення.

3. Обґрунтовано розробку із подальшою апробацією на практиці інтегративної моделі менеджменту медичної допомоги при в урологічній галузі на регіональному рівні із обов'язковим включенням переліку медико-організаційних технологій формування маршрутів пацієнтів, а також раніше існуючих, але функціонально змінених складових (узгодження дій між лікарями первинної і вторинної медичної допомоги стосовно виділення груп ризику виникнення та рецидивування хвороб урологічної галузі), про що мова буде йти у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ

3.1 Модернізація адміністративної основи державного регулювання інноваційного розвитку національної урологічної служби

На думку відомого українського дослідника Д. В. Карамішева: «Приведення вітчизняної системи охорони здоров'я у відповідність з міжнародними нормами і стандартами потребує принципово нових підходів до організації надання медичної допомоги громадянам» [36, с. 78].

Здійснивши аналіз наукової літератури, зарубіжного досвіду, практичних основ запровадження медичної реформи, аналітичних показників урологічної галузі закладів охорони здоров'я області та країни в цілому, робимо висновок про те, що, в першу чергу, попри всі етапи інноваційного розвитку медичної галузі, скорочення кількості лікарняних ліжок, підписання індивідуальних угод із лікарями тощо, нажаль все ж-таки реформа другого етапу не надала беззаперечних можливостей пересічному середньостатистичному громадянину в повному обсязі користуватися всім спектром доступності якісних медичних послуг для пацієнтів із урологічною патологією, впровадженням новітніх більш ефективних технологій із подальшим виробленням адміністративних схем їх надання. Питання якості менеджменту та адміністрування урологічної галузі й досі лишається відкритим.

Перелік вищенаведених фактів вимагає серйозного комплексного підходу з одночасним урахуванням всеохоплюючого спектру патологічних відхилень, множинності чинників впливу, сучасних викликів та об'єктивних загроз для урологічного здоров'я нації із застосуванням сучасних стратегічних напрямків із розвитку та удосконалення менеджменту та адміністрування урологічної служби, сучасних інтегративних тенденцій, модернізаційних профілактичних концепцій, пацієнторієнтованого підходу, державно-приватного партнерства

тощо за умов здійснення реформ в медичній галузі, в тому числі під час запровадження другого етапу реформи національної системи охорони здоров'я.

Отже, ми пропонуємо обрати за основу наступні модернізаційні напрямки із адміністрування інноваційного розвитку національної урологічної служби, а саме необхідність:

- удосконалення застарілих та малоефективних на сьогоднішній день механізмів управління, адміністрування та фінансування;

- перегляду вітчизняних медико-технологічних стандартів (протоколів);

- уточнення маршрутів госпіталізації;

- оптимізації застосування на практиці потужностей служб екстреної медичної допомоги;

- реорганізації (перші кроки вже розпочато) перевантаженої мережі недостатньо обладнаних із браком медичних кадрів стаціонарних урологічних підрозділів районних та міських ЗОЗ;

- оптимізації організаційних заходів із забезпечення споживачів медичних послуг урологічної галузі інноваційною урологічною хірургічною допомогою через застосування малоінвазивних методик та технологій;

- розробленні оптимізаційних шляхів в адмініструванні діагностично-лікувального та профілактико-лікувального процесу у всіх ЗОЗ комунальної форми власності;

- забезпечення наступності у роботі ЗОЗ, що цілеспрямовано зорієнтовані на надання медичної допомоги пацієнтам урологічної галузі;

- удосконалення технологічного процесу та заходів диспансерного спостереження, а отже – метафілактики і реабілітації;

- залучення потужностей та можливостей первинної медичної допомоги з подальшою метою ефективною реалізації профілактичних технологій.

За наявності відповідних умов формуванні удосконаленої системи профілактики та медичної допомоги хворим урологічної галузі відповідні зміни були внесені і в головні системоутворюючі компоненти менеджменту та адміністрування (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Складові управління удосконаленої системи профілактики та медичної допомоги при виявленні урологічних патологічних станів

Особливостями запропонованої системи включення до неї, крім існуючих складових (раніше існуючих, але функціонально змінених у напрямі координації дій між лікарями первинної медичної допомоги (ПМД) і лікарями-урологами, а саме:

- стосовно виділення групи ризику виникнення урологічних ускладнень, виділення груп ризику рецидивування урологічних хвороб, здійснення відповідного якісного контролю з подальшою мотивацією виконання споживачами медичних послуг індивідуальних метафілактичних програм;

- елементів інноваційного характеру – профілактико-організаційних технологій формування маршрутів госпіталізації хворих із подальшими відображенням інтегративної моделі організації менеджменту при системності надання медичної допомоги за умов настання відхилень урологічного напрямку на регіональному рівні.

Основними складовими останньої за економічними та методичними підрахунками авторів, вчених, розробників мають стати [16; 18; 27]:

- концентрація сучасної хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних ЗОЗ, незалежно від їх форми власності;
- забезпечення ургентної урологічної допомоги на базі відділень екстреної (невідкладної) допомоги майбутніх лікарень інтенсивного лікування;
- забезпечення амбулаторної урологічної допомоги на базі районних та міських консультативно-діагностичних центрів;
- залучення лікарів ПМД до профілактики, вчасного виявлення патології та сприяння виконанню індивідуальних програм метафілактики.

Таблиця 3.1

Особливості функціонально-структурних складових удосконаленої системи профілактики та медичної допомоги хворим урологічної галузі

Існуючі елементи системи охорони здоров'я	Функціонально удосконалені складові	Функціонально удосконалені складові
<ul style="list-style-type: none"> • апарат управління, структурні підрозділи, штати закладів охорони здоров'я 	<ul style="list-style-type: none"> • розподіл і координація функцій лікарів ПМД і лікарів-урологів щодо: <ul style="list-style-type: none"> – інформаційного забезпечення населення; – виділення групи ризику виникнення СКХ; – виділення груп ризику рецидивування СКХ; – контролю і мотивації виконання хворими індивідуальних програм метафілактики 	<ul style="list-style-type: none"> • медико-організаційні технології формування маршрутів пацієнтів: <ul style="list-style-type: none"> – при нирковій кольці; – при нефролітіазі; – при уретеролітіазі; – при розробці та корекції індивідуальної програми метафілактики СКХ. • інтегративна модель організації медичної допомоги при СКХ на регіональному рівні

Система менеджменту закладів охорони здоров'я має ґрунтуватись на сучасних інформаційних технологіях, серед яких електронна **система охорони здоров'я eHealth**, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) супроводжує системні зміни у формі управління лікувальними закладами, у фінансуванні медичних послуг, у системі обслуговування пацієнтів. Завдання інформатизації, eHealth у найширшому сенсі – поліпшення інформаційного потоку за допомогою електронних засобів для підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я,

на рівні лікаря та пацієнта – забезпечення швидкого доступу лікаря до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу [18].

Отже, Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [11].

Таким чином, основна мета впровадження електронної системи охорони здоров'я – мінімізувати шахрайство і корупційні схеми. До реформування системи охорони здоров'я витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких Економічно Людиноцентричною ефективною (people-centred) Забезпечувати рівність (equitable) обставин залишалось дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо [20].

Спираючись на практичні та аналітичні показники, нами з'ясовано, що відсутність якісних уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги при хворобах урологічного профілю веде до подальшого нераціонального використання ресурсів, особливо у комунальних закладах охорони здоров'я вторинного рівня. Отже ми вважаємо, що використавши прогресивний досвід медичних клінік світового та європейського зразка, а саме: сучасних клінічних настанов Європейської та Американської асоціації урологів, досвідченими медиками разом із менеджерами медичної служби необхідно попрацювати над розробкою адаптованих до можливостей вітчизняної медичної системи алгоритмів щодо надання ургентної і планової медичної допомоги. Відповідно розроблені а також частково впроваджені на практику алгоритми забезпечать

формування раціональних індивідуальних маршрутів пацієнтів та відповідно чинитимуть сприятливий вплив на подальший процес оптимізації організації урологічної допомоги під час впровадження другого етапу медичної реформи.

Також додатково необхідно звернути увагу при удосконаленні менеджменту та адміністрування урологічної галузі на перелік основних елементів перспективної інтегративної моделі організації медичної допомоги урологічного напрямку на регіональному рівні, за умов:

- зосередження сучасної хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних медичних закладах, незалежно від їх форми власності;
- забезпечення ургентної урологічної допомоги на базі відділень екстреної (невідкладної) допомоги майбутніх лікарень інтенсивного лікування та амбулаторної – на базі районних та міських консультативно-діагностичних центрів;
- залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, вчасного виявлення патології та сприяння виконанню індивідуальних програм метафілактики, розроблених лікарями-урологами з врахуванням типу конкрементів і величини ризику рецидивів.

3.2 Системні засоби удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки

У попередніх параграфах нами було здійснено статистичний аналіз та звіт на основі аналітичних даних загальнонаціональної та регіональної (Сумська обл.) урологічної служби під час запровадження другої ланки вітчизняної медичної реформи. Виокремлено як позитивні, так і негативні риси. Надано рекомендаційні настанови із поліпшення менеджменту та адміністрування відповідної галузі. В останньому параграфі, дійсно, хотілося б наперед розрахувати деякі інноваційні зміни в економічних категоріях.

Отже, розпочнемо із кадрового складу, а точніше із заробітньої платні

лікарів. Основою змін в оплаті праці лікарів первинної ланки під час подальшого впровадження медичної реформи має стати поетапність у переході від моделі, за якою надавач медичних послуг, котрого найняла держава, працює за зарплату, до договірних відносин, за яких працю лікарів оплачується згідно з визначеними у контракті умовами. Найоптимальнішою для України була б змішана модель, що передбачає комбінацію гонорарного (10-15%), подушового (55-60%) і поокладного (25-40%) методів фінансування.

Ефективність надання медичних послуг рекомендовано оцінювати з допомогою моделей кінцевих результатів, які передбачають застосування елементів на специфічному рівні, нижчому за контрольні значення [60, с. 109]. Отже, спробуємо розрахувати згідно формули, а також, беручи вищевказане, заробітню платню лікаря урологічного напрямку, починаючи з 1 січня 2021 року за умови підвищення мінімальної заробітньої плати з 5,2 тис. грн. до 6 тис. грн.

Лікар-уролог має 1700 декларацій. Закладений внутрішньо в колдоговорі КНП мінімум – це 600 декларацій. Оклад лікаря-уролога – 4173 грн (10-й тарифний розряд по ЄТС). За 1100 декларацій (=1700–600) в місяць належить фінансування: 33916,67 грн ($370 \times 1100 / 12$). Премія лікаря за колдоговором 42% і складає 14245,00 грн ($= 0,42 \times 33916,67$). Загальна зарплата – 18418,00 грн ($= 4173 + 14245,00$). ЄСВ = 4051,96 грн ($= 18418,00 \times 0,22$). Зарплата лікаря «чистими»: 14826,49 грн ($= 18418,00 \times 0,805$).

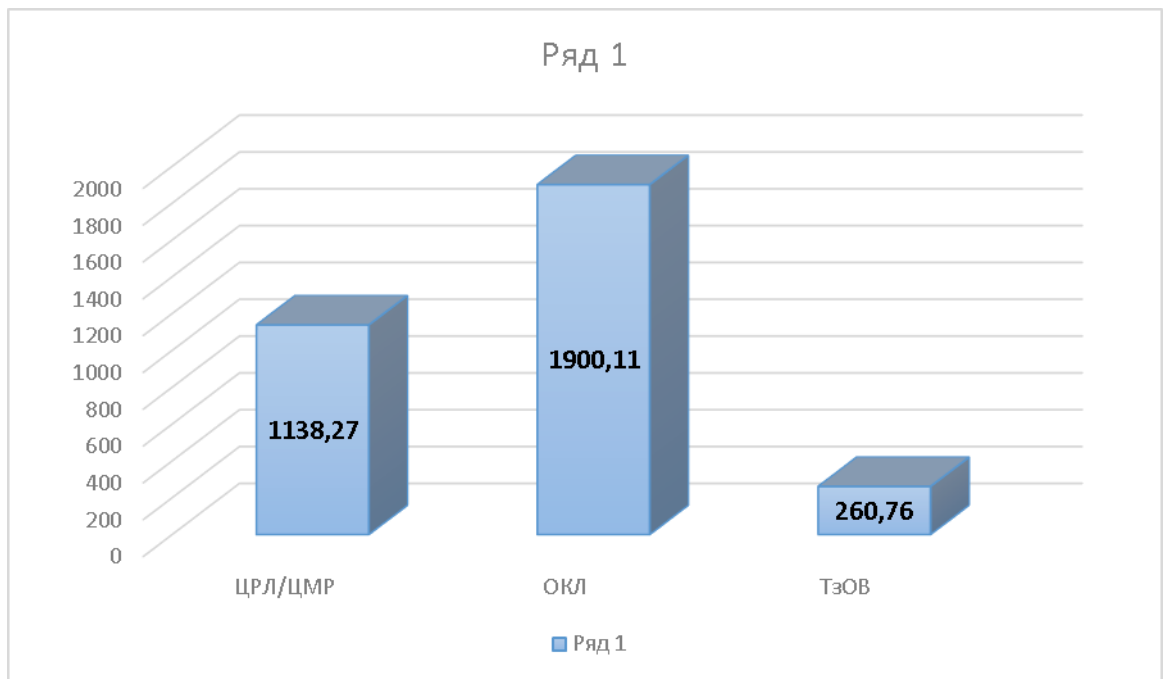


Рис. 3.2. Середня вартість медикаментозного лікування на одного хворого у порівнюваних ЗОЗ

Розглянувши варіацію цін на медичні препарати та провівши розширений аналіз вартості курсу лікування хвороби за умови використання ліків національного та іноземного виробництва, а саме: лікуванні сечокам'яної хвороби, пієлоніфрозотріпсії, засвідчуємо, що тривалий курс лікування допоможе мінімізувати витрати пацієнта на медикаменти.

За допомогою реалізації заходів, спрямованих на забезпечення та обрання за вірний напрямок ефективної інноваційної економічно вигідної раціональної фармацевтичної політики, яка дозволяє об'єктивно стримувати перелік видатків на охорону здоров'я безпосередньо в галузі урології за рахунок впливу на попит та пропозицію медикаментозного вибору із подальшим раціональним використанням переліку медикаментозних препаратів із відповідним додатковим цілеспрямованим урахуванням співвідношення ціни й терапевтичного ефекту. Необхідність таких дій перш за все обумовлена причинами відсутності:

- продвинутої, реформованої належним чином системи раціонального медикаментозного забезпечення населення;

– єдиного механізму формування цін на ліки вітчизняного виробництва та недосконалістю системи дистрибуції лікарських засобів на законодавчому рівні.

До заходів, що будуть спрямовані на підвищення ефективності капіталовкладень, віднесемо [20]:

– закриття або репрофілювання Управління фінансовими ресурсами ЗОЗ, стаціонарів із безпосереднім спрямуванням інвестицій до амбулаторного сектору чи на профілактичні заходи захворювання (пансіонати);

– уникнення запровадження переліку високовартісних технологічних засобів та встановлених методи лікування, ефективність яких ставиться під сумнів чи зовсім не доведена.

З метою зменшення необґрунтованих витрат на медичну допомогу населенню доцільно органам виконавчої влади та місцевого самоврядування активізувати запровадження стаціонаро-замінних технологій, що за підрахунками експертів, дають змогу здійснити достатню економію в розмірі приблизно до 50-70% загальних витрат на лікування одного споживача медичних послуг без погіршення якості медичних послуг.

Пояснюється це, в першу чергу, тим, що лікування в умовах цілодобового стаціонару коштує значно (у сім разів!) дорожче, ніж у технічно-оснащеному іноваційному відповідному денному стаціонарі поліклініки на загальнодержавному рівні.

Наступне питання: де в період реформування взяти додаткові кошти на нововведення?

На сучасному етапі система фінансування державою медичної сфери залишається змішаною бюджетно-страховою. Регіони значно різняться за рівнем надходження державних коштів, не зважаючи на певні дотації бідним регіонам. Приватне ж фінансування сектору обмежується оплатою до каси медичних послуг, неформальною оплатою праці особисто працівників і придбанням ліків [45]. Спостерігається підвищення ступеня перерозподілу фінансових державних коштів як всередині регіонів, так і між ними, і скорочення розриву за рівнем

державного фінансування системи охорони здоров'я на душу населення, з огляду на коефіцієнт подорожчання, між найбіднішими і найбагатшими регіонами [37].

Фінансування сучасної медицини в ідеалі має притримуватися об'явленого нового принципу: «гроші йдуть за пацієнтом». Розширення господарської самостійності медичних установ дозволяє посилити стимул щодо підвищення ефективності. Господарську самостійність медичні організації можуть отримати, завдяки перетворенню близько 70-80% бюджетних установ в форми автономних і державно-автономних некомерційних установ. Також, завдяки цьому, розвивається конкуренція між медичними установами, якщо така конкуренція виправдана. Розвитку добровільного медичного страхування сприяє участь середнього і малого бізнесу, а також зростання числа громадян, які страхуються за власні гроші. Частка індивідуального страхування збільшується, а розповсюдження неформальних виплат зменшується.

Також, на наш погляд, варто зосередити увагу на функціональних можливостях інституту державно-приватного партнерства (ДПП), на взаємодію з якими уряд ставить один з головних пріоритетів в процесі розробки стратегічних програм розвитку, індикаторів отримання по закінченню достатньо успішної взаємодії бізнесу та структур державної влади, альтернативним способом відновлення та модернізації національної економіки.

Державно-приватне партнерство – це інституційний та організаційний альянс між державою і бізнесом з метою реалізації національних і міжнародних, масштабних та локальних, але завжди суспільно значущих проєктів у широкому спектрі сфер діяльності: від розвитку стратегічно важливих видів економічної діяльності, НДДКР до забезпечення суспільних послуг [14, с. 121]. В Україні застосування ДПП унормовується Законом України «Про державно-приватне партнерство» (від 1 липня 2010 р. № 2404-VI з останніми змінами та доповненнями від 16.10.2012 р.) [18], базові положення якого, за оцінками експертів, відповідають сучасним європейським правовим орієнтирам. Розвиток ДПП у сфері охорони здоров'я повинен бути рівноправним та взаємовигідним співробітництвом між державою, територіальними громадами (в особі

відповідних органів державної влади чи місцевого самоврядування) та приватними інвесторами у межах реалізації інноваційних проектів, спрямованих на вирішення важливих соціально проблем.

Нами досліджено додаткові способи спрямування бюджетних коштів з метою інвестування суб'єктів господарювання в медичній галузі, подальше використання яких надасть в подальшому достатньо розширену можливість із ефективного вирішення різноманітних завдань. На наведеному нижче рисунку відображено класифікацію поділу бюджетних інвестицій у медичну сферу (табл. 3.2)

Таблиця 3.2

Класифікація поділу бюджетних коштів для інвестування сфери охорони здоров'я

Напрями спрямування бюджетних коштів для інвестування сфери охорони здоров'я		
<p>Капітальні трансферти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забезпечення простого та розширеного відтворення основних фондів державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які не спроможні забезпечити самофінансування; - компенсація втрат на пошкодження основних фондів господарських організацій охорони здоров'я внаслідок стихійного лиха, техногенних катастроф та інших форс-мажорних обставин; - вирішення інших пріоритетних завдань, які не мають альтернативних джерел фінансування 	<p>Внески статутних фондів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - утворення державних та комунальних суб'єктів господарювання в охороні здоров'я, якщо ринкових стимулів не достатньо для виробництва суспільно важливих нематеріальних та матеріальних благ; - створення державних та комунальних суб'єктів господарювання в охороні здоров'я, які повинні здійснювати медичне обслуговування з високою якістю чи виробляти товари з більшою ефективністю; - розширення частки держави та органів місцевого самоврядування в статутних фондах суб'єктів господарювання в охороні здоров'я 	<p>Інвестиційні кредити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - підтримка пріоритетних інноваційних проектів з тривалим періодом окупності; - стимулювання інноваційних інвестицій суб'єктів господарювання в охороні здоров'я; - зниження енергоємності підприємств, що виготовляють інноваційну продукцію; - розвиток системи забезпечення імпортозаміщуючих виробництв лікувальних засобів; - підвищення соціального захисту, зниження ризиків у сфері охорони здоров'я; - вирішення інших важливих питань, які вимагають залучення позикових ресурсів

Додатковими джерелами фінансування ЗОЗ можуть бути не заборонені діючим законодавством будь-які надходження від фізичних та юридичних осіб.

До таких надходжень ми віднесемо: надходження від страхових компаній за надані послуги з охорони здоров'я; оплата від роботодавців за наданий перелік медичних послуг власним працівникам; фінансові надходження від благодійних організацій; фінансові надходження від надання переліку платних медичних послуг згідно чинного законодавства України тощо. Додатково реформовані ЗОЗ можуть отримувати додаткове фінансування від споживачів медичних послуг за виокремлений перелік сервісних послуг, наприклад за палати поліпшеного сервісу та інше. Надання переліку додаткових сервісних послуг іншим ЗОЗ та медичним працівникам, які діють в якості фізичних осіб–підприємців, має бути передбачена у статуті. В іншому випадку ЗОЗ може втратити статус неприбуткового підприємства.

Таблиця 3.3

Системні засоби удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки

Показник	ЦРЛ/ЦМЛ	ОКЛ	ТзОВ
Величина вибірки хворих	625	157	108
Кількість призначуваних ЛЗ	113	91	26
Сумарна кількість призначень хворим	4425	1086	408
Сума витрат, грн.	711421,56	354993,72	28162,54

Отже, в умовах чинного бюджетного законодавства, але за умов провадження другого етапу медичної реформи, можна спробувати застосувати відповідний перелік варіантів з організації фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ:

- через укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів;
- за допомогою здійснення фінансування з відповідного бюджету з додатковим використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено діючим Бюджетним кодексом України;
- шляхом надання додаткової фінансової підтримки місцевим бюджетом.

Висновки до розділу 3.

1. Систематизація і узагальнення існуючих даних урологічної служби регіону показала, що відносно новою, актуальною і маловивченою є проблема організації цілісної інтегральної системи організації надання медичної допомоги у відповідній галузі як основного способу забезпечення комплексності, наступності і безперервності медико-технологічних процесів, а подальші налаштування та реалізація засобів удосконалення системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки сприятимуть раціональному використанню ресурсів системи охорони здоров'я та доступності сучасних технологій для пацієнтів.

2. Нами були прораховані видатки на максимальну кількість напрямків оновленої системи адміністрування та менеджменту урологічної галузі. Додатково – джерела доходів на вищевказані видатки. Основними елементами оновленої інноваційної моделі адміністрування медичної допомоги в урологічній галузі на регіональному рівні мають стати:

- концентрація сучасної хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних медичних закладах, незалежно від їх форми власності;
- забезпечення якісної ургентної урологічної допомоги на базі відділень екстреної (невідкладної) допомоги майбутніх медичних закладів інтенсивного лікування та амбулаторної – на базі районних та міських консультативно-діагностичних центрів;
- залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, вчасного виявлення патології та сприяння виконанню індивідуальних програм метафілактики, розроблених лікарями-урологами з врахуванням типу конкрементів і величини ризику рецидивів.

ВИСНОВКИ

За результатами магістерської роботи зроблено наступні висновки теоретико-методичного змісту та прикладного спрямування:

1. Досліджено сутнісні аспекти адміністрування та менеджменту в умовах інноваційного розвитку національної системи охорони здоров'я. З'ясовано, що менеджмент сучасної реформованої медичної галузі – це поступове запровадження на практиці комплексу спеціальних принципів, підходів, методів і засобів управління організаціями системи охорони здоров'я різних форм власності, спрямованих на: максимізацію прибутку від медичної (в тому числі комерційної) діяльності; досягнення соціальної гармонії, пов'язаної з реалізацією права громадянина на якісну медичну допомогу; підвищення доступності медичної допомоги. Успішна реалізація поставлених цілей можлива лише за умови ставлення до медичної послуги як до проекту, метою якого є турбота про пацієнта.

2. Виокремлено специфічні особливості реалізації процесу адміністрування та менеджменту урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки, зокрема: менеджмент урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки має бути спрямований на високоякісне формування та реалізацію стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації. З метою досягнення вищезазначених цілей необхідно зробити акцент на:

- методиці впровадження наукових та інноваційних аспектів в організацію праці в керівній і відповідно керованих підсистемах;

- ініціювання комплексного підходу до робочих процесів медичних колективів за умов впровадження технологічних розробок, поставлених перед охороною здоров'я в цілому і закладом зокрема.

3. Проаналізовано вітчизняну та світову модель із організації профілактики і медичної допомоги споживачам медичних послуг урологічного напрямку. Встановлено, що немає універсальної моделі, яка б підходила усім країнам.

Держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування і забезпечити реалізацію та контроль за нею.

4. За результатами здійсненої діагностики показників ефективності якості надання медичної допомоги за наслідками запровадження реформи з адміністрування під час другого етапу реформи охорони здоров'я встановлено, що показники захворюваності, поширеності та охоплення хворих урологічного напрямку диспансерним спостереженням в динаміці за чітковизначений період часу (2018- 3 кв. 2020 рр.) в Україні мали тенденцію до зростання (на 11,7-23,7%), а первинної інвалідності – до зниження (-37,5- 46,8%). Виявлені регіональні особливості (Сумська обл.): аналогічні до загальнодержавних тренди і рівні первинної захворюваності при у 1,5 разу нижчих показниках поширеності патології та у 2 рази – охоплення хворих диспансерним спостереженням, відсутність приросту показників у містах та найкращих за доступністю медичної допомоги передгірських промислово розвинених районах вказують на можливий вплив медико-організаційних чинників на формування розглянутих показників.

5. Надано оцінку ефективності оновленої системи менеджменту та адміністрування урологічної служби Сумської області: з'ясовано, що урологічна служба Сумської області в період запровадження другого етапу медичної реформи характеризується в принципі достатнім забезпеченням кваліфікованих медичних кадрів, розвинутою (але хотілось би більше) інфраструктурою ЗОЗ різних форм власності, обладнання яких дозволяє виконувати сучасні малоінвазивні втручання лише в окремих приватних та КМЗ. При поетапному скороченні урологічних ліжок згідно вимог реформи їх середня зайнятість продовжує знижуватись, а середня тривалість лікування споживачів медичних послуг залишається високою як на загальнодержавному рівні (9,97 днів), так і в Сумському регіоні (10,06 днів), що свідчить про нераціональність їх використання.

6. Розроблено перелік рекомендацій з удосконалення системних засобів системи менеджменту та адміністрування урологічної служби в умовах впровадження реформи вторинної ланки, серед яких:

- концентрація сучасної хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних медичних закладах, незалежно від їх форми власності;
- забезпечення якісної ургентної урологічної допомоги на базі відділень екстреної (невідкладної) допомоги майбутніх медичних закладів інтенсивного лікування та амбулаторної – на базі районних та міських консультативно-діагностичних центрів;
- залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, вчасного виявлення патології та сприяння виконанню індивідуальних програм метафілактики, розроблених лікарями-урологами з врахуванням типу конкрементів і величини ризику рецидивів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я / Н. В. Авраменко // Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. – Х. : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. – С. 320-322.
2. Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко // Главный врач. – 2007. – № 11. – С. 69-73.
3. Боржієвський А. Ц. Уретеролітаз: (урологічні аспекти) : монографія / А. Ц. Боржієвський, С. О. Возіанов. – Львів : Видавничий Дім «Високий замок», 2007. – 264 с.
4. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2017. – № 720. – С. 357-364.
5. Борецька О. Б. Соціальне медичне страхування в Україні: минуле і нові перспективи / О. Б. Борецька, Б. Я. Николайчук, А. Л. Федущак // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1-2. – С. 137-145
6. Бугро В. І. Стаціонарна медична допомога в розвинених системах охорони здоров'я / В. І. Бугро // Український медичний часопис. – 2015. – № 5 (109). – С. 39-41.
7. Вороненко Ю. Управління якістю медичної допомоги: світові та вітчизняні моделі / Юрій Вороненко, Вікторія Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 64-67.
8. Вороненко Ю. В. Історичні етапи менеджменту якості: досвід для сучасної системи охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук, Б. П. Криштопа // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 2-3 (22-23). – С. 70-73. – Матеріали V-го з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони

здоров'я України (Житомир, 11–12 жовтня 2018 р.).

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль: «Економічна думка», 2005. – 460 с.

10. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. / Горачук В. В. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі – Поділля», 2012. – С. 10-73.

11. Децик О. З. Аналіз трендів показників захворюваності на сечокам'яну хворобу у різних регіонах / О. З. Децик, Д. Б. Соломчак // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (одинадцяті марзєєвські читання): матеріали науково-практичної конференції, м. Івано-Франківськ, 8-9 жовтня 2015 р. – Івано-Франківськ, 2015. – Випуск 15. – С. 157-159.

12. Децик О. З. Вивчення раціональності стаціонарного медикаментозного лікування хворих на сечокам'яну хворобу / О. З. Децик, Д. Б. Соломчак // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матеріали II міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, м. Харків, 27-30 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 206-208.

13. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку / В. Д. Долот [Електронний ресурс] // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2013. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>. – Назва з екрана.

14. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг / Г. Ф. Ігнат'єва [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm>. – Назва з екрана.

15. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. В. Волчек, Л. В. Крячкова, В. Г. Кий–Кокарева // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С.5-11

16. Жаліло Л. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах

соціально-економічних реформ в Україні / Л. І. Жаліло, М. І. Мартинюк [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>. – Назва з екрана.

17. Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 16 жовтня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3715-17>. – Назва з екрана.

18. Закон України № 1621-IV «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. (зі змінами від 17.05.2012 р., 16.10.2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1621-15>. – Назва з екрана.

19. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

20. Карамішев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. В. Карамішев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>. – Назва з екрана.

22. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

23. Концепція наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dsmu.edu.ua/research/normdoc/891-20110815-2012>. – Назва з екрана.

24. Концепція нової системи охорони здоров'я / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана.

24. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121226_pp.html#2. – Назва з екрана.

26. Лехан В. М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 67-86.

27. Литвин В. М. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я / В. М. Литвин [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/biblioteka/article-43278-innovatsiyuna-i-kadrova-politika-usistemi-ohoroni-zdorovya/>. – Назва з екрана.

28. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : заг. ред. В. Ф. Москаленко. – К. : ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2012. – 23 с.

29. Модернізація вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 201–205.

30. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays, International Healthcare Comparisons Network. – Москва : Реал Тайм, 2009. – 64 с.

31. Парламентські слухання щодо реформи у сфері охорони здоров'я: у Верховній Раді України зареєстровано проект Рекомендацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253466>. – Назва з екрана.

32. Постанова Кабінету Міністрів України № 1007 від 21.07.2006 р. «Про затвердження стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1001-2006-%D0%BF>. – Назва з екрана.

33. Проект Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html. – Назва з екрана.

34. Проект Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Сучасний

стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253443>. – Назва з екрана.

35. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та 200 вторинного рівнів надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : наказ Міністерства охорони здоров'я № 735 від 30.08.2010 р. – Режим доступу : www.portal.rada.gov.ua. – Назва з екрана.

36. Поліщук М. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі / М. Поліщук // Ваше здоров'я [Електронний ресурс]. – 12 (789). – Режим доступу : www.vz.kiev.ua/med/12-05/5.shtm. – Назва з екрана.

37. Соломчак Д. Б. Вивчення особливостей соціально-психологічної та фізіологічної адаптації хворих на сечокам'яну хворобу / Д. Б. Соломчак // Депресія: давай поговоримо: матеріали міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього дня здоров'я, м. Київ, 6-7 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 170-171.

38. Соломчак Д. Б. Оцінка повноти та ефективності диспансерного спостереження при сечокам'яній хворобі / Д. Б. Соломчак // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я «Безпека харчових продуктів», м. Київ, 7 квітня 2015 р. – 2015. – № 1 (22). – С. 188-189.

39. Соломчак Д. Б. Аналіз ризиків і взаємозв'язків між сечокам'яною хворобою, її рецидивами, супутніми захворюваннями та патологічними станами / Д. Б. Соломчак // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1 (28). – С. 13-18

40. Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги : науково-методичне видання / за ред. д.мед.н., проф. С. П. Пасечнікова. – Київ : ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 626 с.

41. Урологія. Клінічний протокол надання медичної допомоги: «Рекомендації з діагностики, лікування уролітіазу» : наказ МОЗ України від 15.06.2007р. № 330 «Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України».

42. Федущак А. Л. Проблемы и перспективы внедрения локальных клинических протоколов в учреждениях здравоохранения Украины. / А. Л. Федущак, Р. А. Чайкинский // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2012. – № 4. – С. 151-157.

43. Чурпій І. К. Сучасний стан інформатизації в медицині / І. К. Чурпій, Н. В. Чурпій, В. Д. Скрипко // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 1. – С. – 171-173.

44. Шарабчиев Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи : слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. – 2019. – № 12. – С. 6-12.

45. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України / О. В. Худоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...4/.../06.pdf. – Назва з екрана.

46. Экспертные оценки: методология и практика применения / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, С. Л. Бакшеева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 10. – С. 11-15.

47. Ярош Н. П. Порівняльний аналіз державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4 (12). – С. 62-67.

48. Ярош Н. П. Сучасна характеристика клінічних індикаторів / Н. П. Ярош // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 193-194.

49. EAU Guidelines on urolithiasis / С. Türk, Т. Knoll, А. Petrik [et al.] – European Association of Urology, 2015. – 71 p.

50. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam : Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

51. Investing in hospitals of the future / В. Rechel, S. Wright, N. Edwards [et al.] / WHO and Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. – 304 p.

52. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of

hospitals. – WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2012. – 36 p. 13. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe / J. Rice // Seminar at Research University – High School of Economics, 27 June, 2011. – Brussels, 2011. – 26 p.

Додаток А

Таблиця 2.2

Вид оперативного втручання	Комунальні ЗОЗ		ЗОЗ приватної форми власності
	Районні (міські)	Обласні	
Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, ЕУХЛТ	Шосткинська ЦРЛ	-	Спеціалізоване ПП, м. Суми
Перкутанна нефролітотрипсія, ПНЛТ	-	-	ТзОВ «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімейна поліклініка», м. Суми
Уретеронефролітотрипсія, УНЛТ	-	-	-
Уретеролітотрипсія, УЛТ	Шосткинська ЦРЛ, Сумська ЦМКЛ	ОКЛ	ТзОВ «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімейна поліклініка», м. Суми
Цистолітотрипсія, ЦЛТ	-	ОКЛ	ТзОВ «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімедгруп», м. Конотоп
Лапароскопічні втручання	Сумська ЦМКЛ	-	ТзОВ «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімейна поліклініка», м. Суми
Відкриті операції	Шосткинська ЦРЛ, Сумська ЦМКЛ	ОКЛ	ТзОВ «Клінічний лікувально-діагностичний центр «Сімейна поліклініка», м. Суми