

**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

**«Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я
вторинного рівня в ході медичної реформи в Україні
(на прикладі Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни)»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

Студентки групи УЗ-мз.91с Заєць Галини Вікторівни

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 _____ Заєць Г.В.

Наукові керівники

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри громадського здоров'я
Сміянов Владислав Анатолійович
старший викладач кафедри управління
ім. Олега Балацького, к.н. з держ. упр.
Деміхов Олексій Ігорович

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
завідувачка кафедри
_____ Г.О. Швіндіна
« ____ » _____ 2020р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ.мз-91с
ЗАЄЦЬ Галині Вікторівні

1. Тема роботи «Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я вторинного рівня в ході медичної реформи в Україні (на прикладі Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни)»

затверджена наказом по СумДУ № _____ від « ____ » _____ 20 ____ р.

2. Термін здачі закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: Теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо управління якістю в умовах медичної реформи в Україні на прикладі Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни.

4. Об'єкт дослідження: Діяльність Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, як надавача амбулаторних та стаціонарних медичних послуг.

5. Предмет дослідження: Індикатори якості, що удосконалюються в процесі планування, управління якістю, а також контролю за лікувальним процесом та супутніх їм фінансових та інформаційних потоків між надавачем медичних послуг з одного боку та пацієнтами у конкурентному середовищі з іншого.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, Накази Міністерства охорони здоров'я України, накази управління охорони здоров'я України, накази Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність Держкомстату України, щорічна статистична звітність Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Дослідження світових тенденцій з управління якістю медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я.	15.11.2020р.
II	Аналіз ефективності роботи Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни.	15.12.2020р.
III	Заходи з удосконалення роботи Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни.	15.01.2021р.

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра.

У розділі I студент має дослідити:

1. Світові тенденції з управління якістю медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я.
2. Узагальнити підходи до управління якістю в умовах реформування медичної галузі в країнах світу та США.
3. Оцінити основні напрямки роботи щодо управління якістю з досвіду країн Європи та США, які можна застосувати в Україні.

У розділі II студент має:

1. Зібрати матеріали з показниками якості надання медичної допомоги в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни.
2. Проаналізувати показники якості надання медичної допомоги в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни.

У розділі III студент має:

1. Виявити тенденції покращення надання медичної допомоги в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни.
2. Надати рекомендації щодо покращення надання медичної допомоги
3. Проаналізувати результати удосконалення роботи з управління персоналом, фінансами, якістю надання медичних послуг, впровадження індикаторів якості та платних медичних послуг у Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни.
4. Систематизувати розроблені матеріали та оформити роботу.
8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
I			
II			
III			

9. Дата видачі завдання _____

Керівники кваліфікаційної роботи

_____ Сміянов В.А.
(підпис)

_____ Деміхов О.І.
(підпис)

Завдання до виконання одержав

_____ Заєць Г.В.
(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі розглянуто одну з найважливіших проблем галузі охорони здоров'я – управління якістю в закладі охорони здоров'я вторинного рівня в ході медичної реформи в Україні, успішне вирішення якої є запорукою якісного надання медичної допомоги в країні, а отже і здоров'я нації. Розглянуто тенденції та перспективи реформування медичної сфери в державах Європи та США. Проведено систематизацію набутого цими країнами досвіду та зроблені висновки, які з підходів до реформування галузі охорони здоров'я є найбільш успішними та можуть бути застосовані при реформуванні української медицини якомога ефективніше.

Автор приходить до висновку, що кожна країна використовувала різні підходи для якісного функціонування галузі охорони здоров'я. Тому важливо врахувати всі ризики та недоліки, які були в цих країнах. Проаналізовано поточний стан надання медичної допомоги в медичному закладі вторинного рівня – Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни.

У роботі зроблені висновки, які існують основні питання, що потребують якнайшвидшого вирішення для якісної роботи закладу. На погляд автора це декілька напрямків: зміна кадрової політики, підвищення якості надання медичної допомоги, враховуючи індикатори якості, покращення фінансування відповідно до потреб закладу. Лише при такому всебічному підході при реформуванні кожного закладу можна очікувати на позитивні зміни в медицині всієї країни, що в майбутньому зміцнить здоров'я громадян України.

РЕФЕРАТ

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 81 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 50 сторінок, у тому числі 3 таблиці, список використаних джерел 8 сторінок.

Актуальність теми. Здоров'я людини – це найголовніше в її житті. Тому і реформування галузі охорони здоров'я дуже важливе питання, яке хвилює всі верстви нашого суспільства, бо від якості проведеної реформи буде залежати здоров'я громадян України. Проаналізувавши досвід інших держав можна запозичити ефективні заходи з управління якістю в умовах реформування та водночас врахувати недоліки. Саме поточний стан надання медичної допомоги в Україні викликає занепокоєння як пацієнтів так і медичних працівників, що ще раз доводить про необхідність докорінних змін у медичній галузі.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо управління якістю в умовах медичної реформи в Україні на прикладі Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни. Відповідно до поставленої мети були вирішені наступні задачі:

- аналіз теоретичних та методологічних підходів щодо управління якістю в умовах реформування медичної галузі;
- дослідження організації основних напрямків роботи в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни;
- розрахунок оптимальних показників якості надання медичної допомоги в медичному закладі вторинного рівня, оптимальних показників фінансування закладу та оптимальних показників кадрового складу;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів з удосконалення управління якістю медичної допомоги медичного закладу вторинного рівня в умовах медичної реформи в Україні.

Предметом дослідження є індикатори якості, що удосконалюються в процесі планування, втілення, управління якістю, а також контролю за лікувальним процесом та супутніх їм фінансових та інформаційних потоків між надавачем медичних послуг з одного боку та пацієнтами у конкурентному середовищі з іншого.

Об'єктом дослідження є діяльність Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, як надавача амбулаторних та стаціонарних медичних послуг.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Наукова новизна полягає в удосконаленні:

- науково-методичних підходів до аналізу порядку організації надання медичних послуг у медичному закладі вторинного рівня в умовах медичної реформи в Україні;
- методичних положень з розрахунку оптимальних показників якості надання медичної допомоги, розрахунку оптимальних показників фінансування закладу, розрахунку оптимальних показників кадрового складу;
- методичних положень, щодо формування індикаторів якості надання медичної допомоги, та їх постійне оновлення при втраті актуальності.

Ключові слова: медичний заклад вторинного рівня, медична реформа в Україні, індикатори якості, управління якістю, кадрова політика, фінансування медичного закладу.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ I ДОСЛІДЖЕННЯ СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ З УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Досвід країн світу в реформуванні медичної галузі.....	12
1.2. Можливості і варіанти розвитку системи охорони здоров'я України.....	19
1.3. Реалізація реформування галузі.....	22
РОЗДІЛ II АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	
2.1. Аналіз показників якості надання медичної допомоги.....	27
2.2. Аналіз кадрового забезпечення закладу.....	31
2.3. Аналіз стану фінансування.....	32
2.4. Розробка та підписання колективного договору.....	36
РОЗДІЛ III ЗАХОДИ З УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	
3.1. Впровадження ефективної структури управління.....	38
3.2. Впровадження заходів з оптимізації надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги	39
3.3. Затвердження Переліку платних послуг	41
3.4. Впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги.....	42
3.5. Вирішення питання недостатнього фінансування закладу та раціонального використання коштів.....	45
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я людини – це найцінніше, що в неї є. Тому кожна людина зацікавлена в тому, щоб здоров'я було міцним, а якщо все-таки захворіє, то щоб медична допомога надавалась якісно та вчасно. Над цим питанням працюють всі медичні заклади. Що ж найбільше впливає на якість надання медичної допомоги? Це в першу чергу робота висококваліфікованих фахівців, які в умовах реформування працюють в конкурентному середовищі, матеріально-технічне забезпечення новітнім лікувально-діагностичним обладнанням без якого неможливо швидко і якісно надавати медичну допомогу в сучасних умовах, це і фінансування закладу, яке залежить від кількості укладених з Національною службою здоров'я України договорів, що в свою чергу напряду залежить від перших двох чинників.

Різні країни світу стикнулися з цими проблемами раніше і вирішували їх в залежності від пріоритетів саме в тій чи іншій країні. Вони мають певний досвід з питання реформування медичної допомоги. Можна врахувати їх досвід та не повторювати помилок.

Реформування медичної галузі є важливим загальнодержавним завданням, а також і індивідуальним для кожного закладу, відповідно до його специфіки роботи. Враховуючи автономізацію всіх медичних закладів більшість рішень можна приймати на рівні саме цього закладу. Тому і подальші перспективи роботи закладу будуть багато в чому залежати від виваженості та правильності менежерських рішень керівника закладу, який в складний час реформування медичної галузі повинен швидко та вірно реагувати на виклики та зміни в медичній сфері.

Таким чином, проблема управління якістю медичної допомоги є актуальною для сьогодення та вимагає подальшого теоретичного дослідження, та розроблення новітніх заходів по удосконаленню роботи медичних закладів відповідно до вимог сучасного суспільства.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Робота над вирішенням проблеми управління якістю шляхом реформування медичної допомоги, зміни фінансування галузі, дотримання індикаторів якості та ефективної кадрової політики досліджувала досить велика кількість вчених, зокрема це праці Бадіков Т. [1], Bolívar M.P.R., Muñoz, L.A. [17], Dreshpak V.[18], Kassen M. [19], Юрій Банахевич [20], М. Карі, У. Маттіла, В. Рудий [21], Уляна Супрун [22] Бакуменко В. [24], Білинська М. [25], Вовк С. [29], Гайдаш Д. [30], Горохов С. [32], Знаменська. М. [38], Корвецький О. [41], Пашков В. [45], Рудий В. [64], Теннер М. [68], Череп А. [69], Шевцов В. [70], Brosowska B. [71], Kozłowska Ewelina [75], Pashkov V. [78], Respond Ewa [80]

Мета та задачі дослідження. Мета роботи полягає у теоретичному обґрунтуванні вирішення питання управління якістю медичної допомоги в умовах медичної реформи в Україні за допомогою загальнодержавних та місцевих механізмів та інструментів впливу та розробці комплексу заходів, спрямованих удосконалення роботи конкретного закладу охорони здоров'я.

Досягнення цієї мети зумовило постановку наступних завдань:

- аналіз теоретичних та методологічних підходів щодо управління якістю в умовах реформування медичної галузі;
- дослідження організації основних напрямків роботи в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни;
- розрахунок оптимальних показників якості надання медичної допомоги в медичному закладі вторинного рівня, оптимальних показників фінансування закладу та оптимальних показників кадрового складу;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів з удосконалення управління якістю медичної допомоги медичного закладу вторинного рівня в умовах медичної реформи в Україні.

Предметом дослідження є індикатори якості, що покращуються в процесі планування, втілення, управління якістю, а також контролю за

лікувальним процесом та супутніх їм фінансових та інформаційних потоків між надавачем медичних послуг з одного боку та пацієнтами у конкурентному середовищі з іншого.

Об'єктом дослідження є діяльність Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, як надавача амбулаторних та стаціонарних медичних послуг.

Методи дослідження: Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Теоретико – методологічною основою дослідження є фундаментальні праці фахівців у сфері реформування медичної галузі, дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених, присвячені проблемі управління якістю медичної допомоги і шляхів її подолання, впровадження державної політики для вирішення проблем, що виникають під час реформування медичної галузі.

Наукова новизна полягає в удосконаленні:

- науково-методичних підходів до аналізу порядку організації надання медичних послуг у медичному закладі вторинного рівня у умовах медичної реформи в Україні;

- методичних положень з розрахунку оптимальних показників якості надання медичної допомоги, розрахунку оптимальних показників фінансування закладу, розрахунку оптимальних показників кадрового складу;

- методичних положень, щодо формування індикаторів якості надання медичної допомоги, та їх постійне оновлення при втраті актуальності.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів та дванадцяти підрозділів, висновку, списку використаних джерел, який містить 81 найменування. Загальний обсяг

магістерської роботи становить 50 сторінок, у тому числі 3 таблиці, список використаних джерел – 8 сторінок.

РОЗДІЛ І СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ З УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ЗМІН В УКРАЇНІ

1.1. Досвід країн світу з реформування медичної галузі

Юрій Барахевич у своїй роботі «Корупції позбулися, черг-ні. Медична реформа в Польщі» [20] зазначає певну подібність в реформуванні системи охорони здоров'я Польщі та України, про те, що можна взяти деякі елементи реформи за польським разком, але й потрібно врахувати недоліки реформування системи у вигляді великих черг на безоплатні консультації вузьких спеціалістів та на стаціонарну хірургічну та нехірургічну допомогу, що в свою чергу призводить до формування більшої частки приватної медицини. І це потрібно врахувати при реформуванні саме державних лікувальних закладів.

Так, в Польщі запроваджена страхова медицина: близько 9% від власних доходів громадяни сплачують до Національного фонду здоров'я. Якщо таку страховку сплачує хоча б один член сім'ї її дія поширюється на всю сім'ю. Таку страховку можна забезпечити або через роботодавця, або самостійно підписати угоду з Національним фондом здоров'я. В середньому щомісячна сума, що перераховується до Національного фонду здоров'я складає близько 400 злотих. Безробітним забезпечують страхові внески відділи праці, студентам – навчальні заклади, пенсіонерам автоматично.

Надання первинної медичної допомоги в Польщі подібне до українського. Кожен пацієнт обирає сімейного лікаря, який у подальшому буде спостерігати пацієнта та лікувати. При необхідності лікар первинки направляє свого пацієнта до вузьких спеціалістів. Без направлення сімейного лікаря неможливо потрапити на прийом лікаря вторинного рівня. Така можливість є лише у пацієнтів, хворих на СНІД, наркозалежних, хворих на туберкульоз, донорів внутрішніх органів.

Мають пільги при отриманні медичної допомоги ветерани війни, вдови, вдівці, репресовані. Для цих пацієнтів також не обов'язкове направлення до спеціалістів вторинного рівня. Ця категорія пацієнтів має можливість лікуватися безкоштовно, за рахунок держави.

Польські лікувальні заклади мають різну спеціалізацію та підпорядкування, це державні, відомчі, воєводські, міські. Кожний лікувальний заклад отримує фінансування з декількох джерел: державне, місцеве та з Національного фонду здоров'я. Успішна діяльність шпиталів багато в чому залежить від менеджерських якостей керівника закладу.

Медична реформа в Польщі безумовно має як позитивні так і негативні наслідки. До позитивних можна віднести: відокремлення коштів з бюджету за цільовим призначенням на галузь охорони здоров'я, що запобігає нестачі коштів в медицині. Формування ринку медичних послуг в конкурентному середовищі є запорукою зростання їх якості. Громадський контроль за коштами в системі охорони здоров'я виключає можливість нецільового використання коштів.

Але є і недоліки медичної реформи. До них відносяться великі черги до лікарів, вузьких спеціалістів, як нехірургічного так і хірургічного профілю. Так, час очікування прийому лікаря може становити досить тривалий термін від декількох місяців до року і можливо більше. З іншого боку, автономізація лікарняних кас стала останнім часом необгрунтовано значною. Також залишається досить низькою оплата роботи медичних працівників в державних клініках, що примушує лікарів працювати в декількох лікувальних закладах. Зазвичай це державна та приватна медичні установи.

Отже, самим значним досягненням медичної реформи в Польщі можна вважати викорінення корупції [20].

Цікавим є вивчення досвіду інших розвинутих європейських країн в цій сфері. Так, в роботі М. Карі, У. Маттіла, В. Рудий «Огляд європейських та

американських підходів до фінансування систем охорони здоров'я» [21] зазначається про традиційність в системах охорони здоров'я країн Західної Європи з моменту їх організації в XIX-XX століттях та незначні зміни, які відбувалися протягом XX-XXI століття.

Розглянемо досвід Німеччини. Зокрема, населення складає 81 мільйон; на охорону здоров'я щорічно витрачається близько 11% ВВП.

Основні засади, на яких базується структура та діяльність охорони здоров'я були закладені Бісмарком в 1883 році. З того часу система охорони здоров'я не зазнала суттєвих змін. Галузь охорони здоров'я функціонує на основі обов'язкового соціального стахування на засадах децентралізації, автономізації, саморегуляції та соціальної солідарності. Уряд забезпечує законодавчу базу для прозорого надання медичних послуг. Виконавчі функції належать органам місцевого самоврядування. Міністерству охорони здоров'я підпорядковані органи наукової експертизи. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено близько 88% населення країни. В країні існує певний річний дохід, згідно якого відбувається медичне страхування: якщо доходи громадян не перевищують цей рівень, вони повинні обов'язково бути застрахованими, якщо доходи вище цього рівня страхування даної категорії громадян добровільна, або можна застрахуватись в одній з приватних страхових компаній. Безробітні страхуються за рахунок держави, працюючі за рахунок роботодавця, їх страховка поширюється на всіх членів сім'ї.

Надавачі медичних послуг (медичні заклади) та покупці медичної допомоги (лікарняні каси) відокремленні один від іншого. Основним джерелом фінансування є надходження від добровільних та обов'язкових внесків до 60%, близько 20% складають загальні податки, до 10% надходить від приватного страхування, а ще 10% це безпосередні платежі пацієнтів.

Досить важливим є встановлення тарифів на медичні послуги. Це відбувається в процесі переговорів між надавачами та покупцями медичних

послуг. Фінансування капітальних витрат відбувається за рахунок уряду окремих земель, а поточні витрати фінансуються лікарняними касами.

Медичні заклади амбулаторної допомоги надають послуги, згідно встановлених в процесі переговорів тарифів.

Медичні заклади Німеччини мають широкий спектр надання медичних послуг, якими охоплені всі верстви населення. Ефективну роботу системи охорони здоров'я забезпечує децентралізоване управління галуззю, автономізація надавачів та покупців медичних послуг та їхня ефективна співпраця в процесів переговорів на різних рівнях з різних питань.

Але, на жаль, і в німецькій моделі системи охорони здоров'я не вдалось уникнути недоліків: складається диспропорція між населенням похилого віку та працюючим населенням на користь першої, що у свою чергу створює загрозу для стабільності соціального забезпечення за рахунок невідповідності внесків працюючого населення до потреб старіючого населення; собівартість системи охорони здоров'я є однією з найдорожчих у Європі, тому обов'язково потрібний досить жорсткий контроль витрат: контроль витрат на центральному рівні та посилення конкуренції між надавачами медичних послуг.

Таким чином у сфері охорони здоров'я Німеччини необхідно знайти оптимальну структуру функціонування галузі між децентралізацією та контролем витрат [21].

В системі охорони здоров'я України, яка зараз реформується багато запозичено з системи охорони здоров'я Великобританії, як зазначають А. Малагардіс, В. Рудий в своїй роботі «Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях» [23]:

Зокрема, населення країни складає 60 мільйонів; витрати на медичну галузь близько 7% ВВП.

У Великобританії в 1948 році була створена Національна служба охорони здоров'я. Це державний орган, який фінансується платниками

податків. Медичні послуги надаються безоплатно. Спочатку всі медичні послуги фінансувалися та контролювалися державою. В 90 роках минулого століття відбулось реформування такої організації надання медичної допомоги.

Як і в інших країнах відбулось розділення надавачів та покупців медичних послуг та введення в систему так званого внутрішнього ринку. Такі зміни пов'язані зі створенням умов для підвищення рівня конкуренції між надавачами медичних послуг, що призведе до підвищення якості надання медичних послуг.

Національна служба охорони здоров'я фінансується за рахунок податків до 95%. Вона є основним покупцем медичних послуг. Оплата сімейним лікарям це переважно подушна оплата за кожного законтракованного пацієнта даного лікаря. Розмір оплати залежить від віку пацієнта (враховується, що чим старше пацієнт тим вірогідніше наявність декількох хронічних захворювань, які потребують постійного спостереження лікаря та періодичного лікування, а значить і вище оплата за ведення таких пацієнтів). Також встановлюються певні індикатори якості (як то рівень імунізації), за виконання яких виплачуються додаткові платежі.

Якщо пацієнт придбав ліки згідно рецепту лікаря, то його оплата становить 24%, якщо без рецепта оплата пацієнта становить 100%.

В британській системі охорони здоров'я більша частка належить первинній медичній допомозі, її функціонування є ефективним і на достатньо високому рівні, тому і після проведення медичної реформи пріоритетною залишилась первинна медична допомога.

Так як фінансування галузі відбувається на користь первинної медичної допомоги, відповідно спеціалізована медична допомога надається в умовах дефіциту фінансування. Пацієнти тривалий час очікують на госпіталізацію. Це призводить до збільшення частки приватних лікарень. Це і консультації спеціалістів і стаціонарне лікування без черг відповідно до потреб пацієнтів.

Але подальше реформування галузі не передбачає збільшення частки вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [21], [23].

Можна дещо корисного взяти для реформування системи охорони здоров'я України з досвіду США:

Так, Уляна Супрун у своїй роботі «Як працює система охорони здоров'я в США» [22] зазначила про найбільше з усіх країн фінансування галузі охорони здоров'я в цій країні, але із недоліків відзначила найбільшу частку приватного страхування (приблизно 60%).

Близько половини коштів для розвитку сфери охорони здоров'я виділяється урядом Сполучених Штатів Америки та владою штатів. Приблизно по 25% сплачують роботодавці та приватні особи.

Набільше в світі коштів на охорону здоров'я витрачають Сполучені Штати Америки, що складає близько 17% ВВП. Але не можна сказати, що цей факт є запорукою доступності медичних послуг.

В США, як і в інших країнах світу запроваджена страхова медицина. Але тут найвищий відсоток населення, охоплений приватним страхуванням близько 60%, ще 25% мають державні страхові програми. Орієнтовно 15% не застраховані взагалі. Це відбувається у зв'язку з високою вартістю страховки. Громадяни, які не мають страховки можуть розраховувати лише на надання невідкладної допомоги та стабілізацію стану здоров'я, але не на лікування відповідно до діагностованого захворювання. Але й наявність страховки не гарантує безлімітне надання медичної допомоги. Якщо громадяни задіяні в приватних страхових програмах, то вони через посередників можуть отримувати направлення на обстеження, отримання медикаментів та лікування. Але не всі приватні страхові програми повністю забезпечують лікування хронічних хвороб. Існує навіть такий термін «недозастраховані». Мова йде про

тих пацієнтів, які мають обмежений пакет медичних послуг згідно свого страхового пакету.

Також третина населення країни охоплена страховими програмами за рахунок податків. Це Медікейр та Медікейд. Програма Медікейр забезпечує медичну допомогу людям похилого віку, старшим за 65 років, а також людям зі скрутним фінансовим становищем.

Є також частина населення, які не можуть отримати обстеження та лікування за програмою Медікейр, бо не настільки бідні, але й не можуть самостійно заплатити за страховку, бо недостатньо забезпечені. Але в цьому випадку на їхніх дітей до 19 років поширюється програма державного страхування.

Медікейд – також страхова програма, яка фінансується урядами країни та штатів. У кожному штаті окремо визначають всі категорії громадян, на яких поширюватиметься ця програма.

Проте реформування охорони здоров'я триває. Для підвищення відсотка застрахованих осіб під загрозою штрафів громадян зобов'язали оплатити хоча б мінімальну страхову програму. Для певних категорій населення стали надаватися пільги. Для частини населення збільшилась можливість отримання медичних послуг.

Але ці позитивні зміни в медичній галузі призвели до більшої кількості пацієнтів, що у свою чергу до дефіциту медичних працівників, особливо сімейних лікарів. Прогнозована недостатність таких фахівців до 2025 року може скласти до 50 000.

З позитивного можна відзначити високий відсоток витрат на медичну галузь (до 17% ВВП), високий рівень та дотримання стандартів якості надання медичної допомоги, широкий розвиток медичної інфраструктури, достатньо

високий рівень доходів висококваліфікованих медичних працівників. З недоліків на перший план виходить дороговартісне страхування та низький рівень доступності медичної допомоги для різних верств населення [22].

Отже, можна зробити висновок, що для України корисним є досвід різних країн світу, в т.ч. Польщі. Далі розглянемо конкретні аспекти можливого залучення кращих практик для України.

1.2. Можливості і варіанти розвитку системи охорони здоров'я України

Основні принципи

Як зазначають в своїх роботах М. Карі, У. Маттіла, В. Рудий «Огляд європейських та американських підходів до фінансування систем охорони здоров'я» [21] та А. Малагардіс, В. Рудий в своїй роботі «Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях» [23] реформа системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні відбувається відповідно до європейських стандартів якості та принципів загальної доступності в організації та наданні медичних послуг, бо саме таке ставлення до своїх громадян дозволило досягти стабільного стану здоров'я населення.

Досвід багатьох країн показує, що немає єдиної універсальної моделі реформування медичної галузі, яка приведе до найбільш успішного розвитку медичної галузі. Є загальні засади, які необхідно пристосувати до особливостей певної країни. Це в першу чергу змішана модель фінансування: це бюджетне фінансування, кошти за рахунок соціального страхування, а також місцеве фінансування. На даний час Україна робить вибір на користь запровадження змішаної системи, втілюючи розподіл коштів центральним органом (Національною службою здоров'я України), як альтернативу страхової медицини та зберігши при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги, таких як цільові програми. Не виключається і місцеве фінансування для капітальних видатків.

Оптимальне фінансування медичної галузі

В Україні відбувається автономізація медичних закладів. Протягом 2019-2020 років більшість закладів охорони здоров'я стали комунальними некомерційними підприємствами, які є автономними учасниками господарської діяльності та надавачами медичних послуг. Фінансування медичних закладів на контрактній основі буде здійснюватись Національною службою здоров'я України. Таке розмежування надання та фінансування медичних послуг призведе до підвищення якості надання медичних послуг в конкурентному середовищі. Бо розпорядники коштів можуть фінансувати ті заклади, які запропонують найкращу якість послуг за оптимальною ціною. Медичні заклади в свою чергу будуть намагатися надавати якісніші медичні послуги, також вивчати запити пацієнтів з метою надання саме тих послуг, які найбільше користуються попитом. Взято за взірець приклад Великобританії, де Національна служба охорони здоров'я фінансується з бюджету, де цей орган здійснює закупівлю медичних послуг у тих лікувально-профілактичних закладів, які створили всі необхідні умови для якісного надання медичних послуг, в яких працюють спеціалісти з відповідною кваліфікацією.

Для якісного функціонування системи необхідне розмежування гарантованих безоплатних медичних послуг та ринку приватних послуг. Це важливо розуміти всім учасникам лікувально-діагностичного процесу: медичним працівникам, пацієнтам, керівникам медичної галузі. Якщо медичним працівникам та пацієнтам це необхідно для поточного надання медичної допомоги, то керівникам закладів охорони здоров'я це необхідно для стратегічного планування структури та обсягу послуг, запитів громади, довгострокових інвестицій.

За результатами спільної діяльності розпорядника коштів та надавача послуг визначаються порядок та обсяги надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я та порядок оплати розпорядником коштів, Національною службою здоров'я України.

Укладаються контракти на певні пакети медичних послуг відповідно до потреб суспільства та можливостей лікувального закладу, як кадрових так і діагностично-лікувальних. У свою чергу Національна служба здоров'я України гарантує оплату всіх медичних послуг, за якими контракується даний медичний заклад.

Під час укладення договорів оговорюються взаємні зобов'язання сторін з їх документуванням для запобігання порушень домовленостей учасниками договору.

Також розробляються індикатори якості, згідно яких дається оцінка надання медичної допомоги, що сприятиме підвищенню рівня надання медичних послуг.

Згідно контракту відбувається оплата медичних послуг. Медичні послуги мають чотири основні методи оплати, а саме: глобальний бюджет, подушне фінансування, оплата окремих послуг, оплата епізоду (закінченого випадку захворювання).

Фінансування первинної медико-санітарної допомоги

здійснюється за рахунок подушного фінансування, тобто сімейному лікарю оплачується за кожного пацієнта з яким укладено декларацію, враховуючи вік, а відповідно і складність патології пацієнтів. Також оплачуються окремі лікувально-діагностичні процедури або послуги та лікування окремого епізоду (закінченого випадку).

Фінансування спеціалізованої і стаціонарної допомоги

Фінансування спеціалізованої та стаціонарної допомоги здійснюється ретроспективним методом (за вже надані медичні послуги) та проспективним методом (попередня оплата).

Методами ретроспективної оплати є: оплата кількості проведених ліжко-днів та оплата закінчених випадків стаціонарного лікування на основі діагностично-споріднених груп.

Метод оплати діагностично-споріднених груп (ДСГ) є обрахунком витрат на лікування подібних між собою захворювань. В результаті опрацювання великої кількості статистичних даних враховується рівень складності діагностичних та лікувальних заходів середній термін госпіталізації та обраховується середня вартість лікування такого випадку.

З досвіду роботи європейських країн та США можна зробити висновок, що використання методу діагностично-споріднених груп сприяє оптимальній діяльності стаціонарів: раціональному використанню ліжок, використанню економічно вигідних технологій та максимально швидкому обстеженню пацієнтів та оптимальному лікуванню. Максимальну кількість можливих обстежень виконують на догоспітальному етапі та реабілітаційні заходи також проводяться в амбулаторних умовах. В результаті скорочується термін стаціонарного лікування.

Методом попередньої (проспективної) оплати є метод глобального бюджету. Результатом переговорів між надавачем та покупцем медичних послуг є отримання фіксованої суми коштів під певний обсяг робіт. Тому надавач медичних послуг повинен сам контролювати надання медичних послуг для того, щоб не допустити перевищення або недовиконання прорахованих і передбачених обсягів. Суворі вимоги покупців медичних послуг сприяють обґрунтованості госпіталізації, пошуку альтернативних видів надання медичної допомоги як то денні стаціонари, стаціонари вдома, хірургічні стаціонари одного дня. Отже метод глобального бюджету є найбільш ефективним методом оптимізації стаціонарної допомоги [21], [23].

1.3. Реалізація реформування галузі

Отже, враховуючи кращий досвід європейських країн та США в Україні доречно буде починати реалізацію реформи з:

1. Виконання завдань ефективної координації (інтеграції) надання послуг.
2. Надання відповідей на принципові питання, щодо надання медичної допомоги.
3. Дезінтеграції фінансових потоків.
4. Ліцензування та акредитація як інструменти забезпечення якості надання медичної допомоги.
5. Відповідність критеріям якості.

Ефективне надання медичних послуг

Як вже було зазначено раніше зміни при реформуванні медичної галузі необхідні також при оплаті медичних послуг і являють собою поєднання різних методів оплати.

Медична галузь позиціонує інтегровану систему надання послуг, яка передбачає наступне: об'єм послуг відповідає фінансуванню, своєчасне реагування на скарги пацієнтів, обстеження відповідно до симптомів та скарг у повному обсязі з подальшим встановленням діагнозу, призначення лікування встановленого захворювання на первинному рівні, направлення при наявності показів на додаткові обстеження або консультації вузьких спеціалістів, своєчасне направлення на стаціонарне лікування при необхідності, своєчасність призначення як амбулаторного так і стаціонарного лікування (пріоритетним є амбулаторне лікування) згідно галузевих стандартів, ефективна комунікація між різними рівнями надання медичної допомоги.

Основні питання, за якими оцінюється ефективність надання медичних послуг: чи своєчасно лікар прореагував на симптоми та скарги пацієнта, чи своєчасно та в повному обсязі виконане первинне обстеження, чи призначене лікування згідно результатів обстеження та встановленого діагнозу, чи було

своєчасно направлено хворого на консультацію вузького спеціаліста, чи був пацієнт своєчасно госпіталізований, наскільки вчасно призначалось лікування на кожному рівні, чи була госпіталізація обґрунтована, призначене лікування було відповідним діагнозу?

Для формування інтегрованої системи надання послуг важливим є поєднання різних джерел фінансування: державний бюджет, місцевий бюджет, кошти соціального медичного страхування, цільові збори.

Можливе розділення джерел фінансування за видами надання медичної допомоги, за контингентами населення, за статтями кошторису:

- за видами надання медичної допомоги: стаціонарна медична допомога оплачується з місцевого бюджету;

- за контингентами населення: працюючому населенню коштами соціального медичного страхування, іншим категоріям за рахунок місцевого бюджету;

- різні статті бюджетного кошторису фінансуються з різних джерел.

Регулювання якості надання медичної допомоги ліцензуванням та акредитацією

Фіксований обсяг фінансування вимагає від закладів охорони здоров'я ефективних управлінських рішень для підвищення якості надання медичної допомоги населенню країни. Існує декілька основних показників якості. Це своєчасність та ефективність надання медичної допомоги, оптимальне використання фінансових ресурсів, задоволеність пацієнта наданою медичною допомогою, кінцевий результат лікувально-діагностичного процесу.

Всі ці показники якості взаємопов'язані: якщо медична допомога надана своєчасно та у відповідності до скарг та симптомів, потреби пацієнта будуть задоволені, ефект лікування також буде достатньо високий.

За А. Донабедьяном, який є авторитетним спеціалістом з питань якості надання медичної допомоги можна виділити три складові медичної допомоги: 1. структура або ресурси, 2. процес або технологію, 3. вихід або результат.

1. Структура або ресурси представлені рівнем кваліфікації медичного персоналу, наявністю необхідного сучасного обладнання, відповідно навичок роботи з ним, галузевих стандартів надання медичної допомоги.

2. Процес або технологія показує наскільки вчасно було обстежено пацієнта, призначене необхідне лікування та його ефективність.

3. Вихід або результат це кінцеве досягнення результатів лікування.

Але слід зазначити, що ці методи досить суб'єктивно оцінюють рівень надання медичної допомоги, адже наявність високотехнологічного обладнання та дотримання галузевих стандартів не гарантують високих результатів надання медичної допомоги.

Одним з методів впливу та гарантом безпечного надання медичних послуг є ліцензування.

Ключовим месенджером ліцензування є визнання того, що існують певні стандарти надання медичної допомоги, невідповідність яким не дозволяє подальшу роботу закладу і вона повинна бути призупинена. Всебічна оцінка роботи закладу проводиться під час акредитації. Процеси ліцензування та акредитації є своєрідною оцінкою відповідності роботи закладу стандартам структури, процесу, результату. Отже, лікувальні заклади, які не пройшли ліцензування та акредитацію вилучаються з ринку надання медичних послуг [23], [24], [25].

Висновки до I розділу

Підсумовуючи, можна сказати, що метою реформи системи охорони здоров'я в Україні є розмежування надавачів та покупців медичних послуг. Для цього необхідна автономізація медичних закладів, які стануть окремими суб'єктами господарювання та зможуть самостійно укладати договори з покупцями

медичних послуг. Надалі поєднувати декілька джерел фінансування: кошти Національної служби здоров'я України, кошти місцевих бюджетів, кошти фондів соціального страхування, цільові збори. Для контролю якості надання медичної допомоги проводити періодичні ліцензування та акредитацію лікувальних закладів. Медичним закладам дотримуватись стандартів структури, процесу, результатів. Все вищевикладене повинно бути доповнене законодавчими змінами, які визначають права та обов'язки всіх сторін, які залучені до надання та отримання медичної допомоги відповідно до сучасних вимог.

РОЗДІЛ II АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1. Аналіз показників якості надання медичної допомоги

Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» є лікувальним закладом, який забезпечує надання медичної допомоги ветеранам війни Сумської області. Це амбулаторна, стаціонарна медична допомога, організаційно-методична, психологічна. В 2014 році заклад визначений координативним центром з надання медичної допомоги учасникам АТО. З початку 2020 року пройшов процес автономізації (заклад став комунальним некомерційним підприємством) з можливістю укладання договорів з Національною службою здоров'я на надання медичних послуг за різними пакетами. З 1 квітня 2020 року таких пакетів було 6, а саме:

- 1) амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високо-спеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу;
- 2) хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- 3) стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;
- 4) стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям;
- 5) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату;
- 6) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.

З листопада 2020 року, враховуючи вимоги епідемічної ситуації в країні заклад уклав договір з Національною службою здоров'я на надання медичних послуг за пакетом:

стаціонарна допомога пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19).

Діяльність комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» (далі –

госпіталь) була направлена на надання висококваліфікованої медичної допомоги ветеранам війни, психологічної реабілітації учасників АТО, оснащення закладу необхідним обладнанням, створення комфортних умов перебування пацієнтів, автономізацію госпіталю для контракування з Національною службою здоров'я України.

Госпіталь пройшов ліцензування на провадження медичної практики від 12.09.2019 №1209/17-М та на право обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів від 13.11.2019.

Госпіталь заснований в 1983 році, як лікувальний заклад для ветеранів війни. Знаходиться за адресою 40020, місто Суми, вулиця Ковпака, 24. Юридична адреса: Сумська область, Білопільський район, село Кальченки, вулиця Центральна, 2. тел. 701-800, тел./факс 701-820 web: <https://sumygospital.lic.org.ua> e-mail: sumygospital@ukr.net код ЄДРПОУ – 02000375

За останні 3 роки відбувається оптимізація закладу. Якщо на 01.01.2019 в госпіталі було 230 ліжок, то протягом року було скорочено 20 ліжок (15 ліжок хірургічного профілю та 5 ліжок терапевтичного профілю у відділенні м. Шостка).

На початок 2020 року в закладі було 210 ліжок. Протягом 6 місяців було скорочено 15 ліжок (10 ліжок хірургічного профілю та 5 ліжок кардіологічного профілю).

Отже з 01.07.2020 по теперішній час ліжковий фонд госпіталю складається зі 195 ліжок в 6 відділеннях: у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії 6 ліжок, у хірургічному відділенні 30 ліжок, у кардіологічному відділенні 40 ліжок, у терапевтичному відділенні 40 ліжок, у неврологічному відділенні 60 ліжок, у терапевтичному відділенні м. Шостка 25 ліжок.

Поліклінічне відділення надає амбулаторну консультативну та діагностичну допомогу. Потужність відділення 102 відвідування за зміну. У відділенні працюють лікарі: невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, терапевт, хірург, кардіолог та практичні психологи. Для проведення

діагностичних обстежень працюють кабінети функціональної діагностики, УЗД, ендоскопічний, рентгенологічний кабінети, оснащені сучасною медичною апаратурою.

Контингент пацієнтів, які лікуються в госпіталі.

На початок 2020 року в області проживало 30362 особи, які згідно Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» мають право на лікування обласному госпіталі: інваліди війни – 2181 особа, учасники бойових дій – 13057 осіб, учасники війни – 10923 особи; осіб, на яких поширюється чинність Закону – 4201 особа.

За 9 місяців чисельність ветеранів війни скоротилась на 3417 осіб і складає 26945 осіб.

За 2019 рік в госпіталі проліковано 4 203 пацієнти, 2018 рік – 4215, За категоріями проліковані пацієнти розподілились наступним чином: інваліди війни – 17,4% (2018 рік – 12,1%), учасники бойових дій – 42,5% (2018 рік – 45,2%), учасники війни – 15% (2018 рік – 18,6%), діти війни-інваліди – 13,7% (2018 рік – 13,5%), частка осіб, на яких поширюється чинність Закону (члени сімей загиблих) – 10,1% (2018 рік – 9,3%).

Протягом 9 місяців 2020 року в госпіталі було проліковано 2273 ветерани війни. За категоріями проліковані пацієнти розподілились наступним чином: інваліди війни – 19,2% (9 місяців 2019 року – 17,4%), учасники бойових дій – 46,7% (9 місяців 2019 року – 44,5%), учасники війни – 10,9% (I півріччя 2019 року – 14,7%), діти війни-інваліди – 12,2% (9 місяців 2019 року – 12,4%), частка осіб, на яких поширюється чинність закону (члени сімей загиблих) – 8,8% (9 місяців 2019 року – 9,9%).

За класифікацією хвороб у пролікованих в госпіталі пацієнтів на першому місці хвороби системи кровообігу 55,7% (по госпіталях України – 49,39), наступні хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини 8,9% (по госпіталях України – 17,8%), далі наслідки травм та отруєнь 23% (по госпіталях України – 9,86%).

Ключовий показник роботи закладу це використання ліжка/днів. За 2019

рік він становив 84,7%, за 2018 рік 86,8%, за 9 місяців 2020 року 83,7% (9 місяців 2019 року 81,8%).

Середнє число днів роботи ліжка у 2019 році становило 288,9; в 2018 році – 295,2, державний показник по госпіталях – 327,3; за 9 місяців 2020 року – 150,5 (9 місяців 2019 року – 216,3).

Обіг ліжка у 2019 році становив 18,7, 2018 рік – 18,3, державний показник по госпіталях – 19,5, у 9 місяців 2020 року – 9,6 (9 місяців 2019 року – 13,3).

Середній термін перебування хворих на ліжку зменшилась з 16,2 днів у 2018 році до 15,5 днів у 2019 році при державному по госпіталях – 16,7; за 9 місяців 2020 року середній термін перебування хворих на ліжку становила 13,9 (9 місяців 2019 року – 15,5).

Летальність у закладі зменшилась з 0,4% у 2018 році до 0,2% у 2019 році (державний показник по госпіталях – 0,3%), за 9 місяців 2020 року становила 0,3% (9 місяців 2019 року – 0,1%). Протягом звітного періоду випадків післяопераційної летальності не було.

Хірургічна активність зменшилась з 51,55% у 2018 році до 50,68% у 2019 році за рахунок операцій на суглобах, шкірі та підшкірній клітковині.

Хірургічна активність за 9 місяців 2020 року становила 55,15% проти 47,85% за аналогічний період 2019 року.

Заклад забезпечений діагностичним обладнанням відповідно до вимог Національної служби здоров'я України. Є лабораторне, діагностичне (рентгенівське, ультразвукове, спірографічне, холтерівське, ендоскопічне), медичне (кисневі концентратори, пульсоксиметри, дефібрилятори, інфузомати, кардіомонітори, ШВЛ) та реабілітаційне обладнання.

Кількість функціональних обстежень на 1 хворого, який вибув із стаціонару, зросла з 1,32 за 2018 рік до 1,53 у 2019 році (державний показник по госпіталях – 2,0). За 9 місяців 2020 року кількість функціональних досліджень на 1 пацієнта становила 1,42 (9 місяців 2019 року – 1,55).

Рентгенівські дослідження на 100 стаціонарних хворих в 2018 році

становили 66,0; в 2019 році 72,47; за 9 місяців 2020 року 64,24 (9 місяців 2019 року 76,02).

Кількість аналізів на 1 хворого зростає з 23,59 у 2018 році до 24,92 у 2019 році, державний показник по госпіталях – 33,0, 9 місяців 2020 року – 24,08 (9 місяців 2019 року – 24,94); показник кількості аналізів на 1 ліжко/день стабільний – 1,61 (2018 рік – 1,61), 9 місяців 2020 року – 1,76 (9 місяців 2019 року – 1,59).

Враховуючи вищевикладене потрібно в першу чергу переглянути ліжковий фонд закладу: необхідно розглянути питання його перепрофілювання або оптимізації з метою оптимального використання коштів (плановий показник не перевищує 85% за останні 3 роки), для підвищення хірургічної активності необхідно придбати лапароскопічну стійку, яка дозволить проводити оперативні втручання малоінвазивним методом, провести експертну оцінку доцільності призначень біохімічних аналізів хворим, рентгенологічних та ультразвукових обстежень, проводити необхідні діагностичні обстеження в перші дні перебування хворих в стаціонарі з метою скорочення середнього терміну перебування хворого на ліжку, що в свою чергу теж сприятиме оптимальному використанню ліжкового фонду та відповідно коштів, які в подальшому можуть бути використані на професійну освіту медичних працівників, придбання новітнього обладнання, ремонт та рекламу закладу.

2.2. Аналіз кадрового забезпечення закладу

Станом на 01.01.2020 було затверджено 287,75 штатні посади працівників, з них лікарів – 34,5, сестер медичних – 114,4.

Протягом 2020 року було скорочено 58 посад, у тому числі 3,25 посади лікарів, 30,5 посади медичних сестер.

Станом на 01.07.2020 затверджено 231,75 штатні посади працівників, з них лікарів – 32,25 (укомплектовано 31,25 посади), сестер медичних – 84,0 (укомплектовано 84,0). Залишається не укомплектованою посада лікаря-стоматолога.

У госпіталі медична допомога надається у 6 відділеннях: анестезіології та

інтенсивної терапії з цілодобовим чергуванням лікарів-анестезіологів (5 посад); хірургічне; кардіологічне; неврологічне; терапевтичне; терапевтичне відділення м. Шостка (відокремлений структурний підрозділ закладу).

У поліклінічному відділенні надають консультації: офтальмолог, невропатолог, психотерапевт, отоларинголог, хірург, терапевт, кардіолог, психолог.

Для забезпечення діагностичного процесу в закладі працюють підготовлені спеціалісти: рентгенолог, лікар функціональної діагностики, лікар з ендоскопії, лікар ультразвукової діагностики, лікарі-лаборанти.

Для забезпечення повноцінної реабілітації пацієнтів введено та укомплектовано посади фізіотерапевта, реабілітолога, ерготерапевта.

Отже, на підставі проведеного аналізу можна вказати, що заклад укомплектований медичними кадрами згідно вимог Національної служби здоров'я, крім посади лікаря-стоматолога.

2.3. Аналіз стану фінансування

Таблиця 2.1

Стан фінансування закладу

Найменування видатків	2018 рік, тис. гривень	Питома вага, %	2019 рік		2019 рік у порівнянні з 2018 роком (+, -)		9 місяців 2020 року	
			тис. гривень	%	тис. гривень	%	тис. гривень	%
Усього бюджет, у тому числі:	35556,6	100	36176	100	+619,4	+1,7	18342	100
зарплата з нарахуваннями	21523,3	60,5	23866,1	66	+2342,8	+10,9	14123,5	77
медикаменти	4290,4	12,1	3443,9	9,5	-846,5	-19,7	421,7	2,3
харчування	3919,8	11	3230	8,9	-689,8	-17,6	550,3	3
Комунальні послуги	3516,9	9,9	3535	9,8	+18,1	+0,5	2402,8	13,1
інші видатки	2306,2	6,5	2101	5,8	-205,2	-8,9	843,7	4,6

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни

Як ми бачимо з таблиці 2.1. бюджет госпіталю у 2018 році становив 35556,6 тис. гривень. У 2019 році бюджет закладу становив 36176 тис. гривень, що більше проти минулого року на 619,4 тис. гривень або 1,7%. Видатки на заробітну плату збільшились на 10,9% що становить 2342,8 тис гривень у зв'язку зі збільшенням розміру мінімальної заробітної плати на 12,09% (3723 гривні до 4173 гривні) Зменшились видатки за статтями «Медикаменти» та «Харчування» на 19,7% та 17,6% відповідно.

За 9 місяців 2020 року фінансування підприємства становило 18342 тис. гривень. Переважна частина бюджету (77%) використана на оплату праці з нарахуваннями працівникам.

З 1 квітня 2020 року госпіталь фінансується відповідно до договору з НСЗУ. Загальний обсяг фінансування по 6 пакетах відповідно до укладеного договору за 9 місяців цього року становить 10 млн. 349,35 тис. гривень при мінімальній потребі 24 млн. 653,9 тис. гривень.

Далі розглянемо фінансування госпіталю за джерелами надходження:

Таблиця 2.2

Фінансування закладу за джерелами надходження

Джерела надходження	2018 рік		2019 рік		9 місяців 2020 року	
	тис. гривень	питома вага, %	тис. гривень.	питома вага, %	тис. гривень	питома вага, %
Медична субвенція	30622,4	86,1	31892	88,1	7262,2	31,1
Власний ресурс (обласний бюджет)	1417,3	4	749	2,1	1622,8	6,6
Дотація з державного бюджету	3516,9	9,9	3535	9,8	5019,75	20,3
Кошти НСЗУ	-	-	-	-	10349,35	42,0
Усього:	35556,6	100	36176	100	24653,9	100

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни

Як ми бачимо з таблиці 2.2., у 2018 та 2019 роках фінансування закладу здійснювалось переважно за рахунок медичної субвенції. У 2018 році було отримано 30622,4 тис гривень, що становило 86,1% від загального бюджету, в 2019 році 31892,0 тис гривень 88,1%.

Також госпіталь отримував кошти з обласного бюджету. У 2018 році це 1417,3 тис гривень, що становить 4%. Ці кошти були розподілені наступним чином: оплата послуг 530 тис. гривень (встановлення камер відеоспостереження 199 тис. гривень, бездротового Інтернету 100 тис. гривень, ремонт палат неврологічного відділення 131 тис. гривень, ремонт санітарної та електрощитової кімнат терапевтичного відділення м. Шостки 100 тис. гривень), придбання товарів (телевізор, кондиціонер, меблі) 44 тис. гривень, придбання медикаментів 23,3 тис. гривень, придбання продуктів харчування 820 тис. гривень.

У 2019 році з обласного бюджету заклад отримав 749 тис. гривень. Кошти були використані наступним чином: 190 тис. гривень на оплату послуг (охорона закладу), 11 тис. гривень придбання товарів (комп'ютерне обладнання), 298 тис. гривень на медикаменти, 250 тис. гривень на продукти харчування.

За рахунок дотації з державного бюджету проводилась оплата комунальних послуг: у 2018 році 3516,9 тис. гривень (9,9%), у 2019 році 3535 тис. гривень (9,8%).

За 9 місяців 2020 року фінансування госпіталю проводилось з медичної субвенції, сума якої становила 7262,2 тис. гривень на I квартал 2020 року, власного ресурсу – 1622,8 тис. гривень (оплата комунальних послуг), дотації з державного бюджету 5019,75 тис. гривень, та коштів НСЗУ – 24653,9 тис. гривень.

Вартість ліжко/дня на медикаменти і харчування у госпіталі:

Таблиця 2.3

Вартість ліжко/дня на медикаменти та харчування

Найменування витрат	2018 рік, гривень	2019 рік, гривень	9 місяців 2020 року, гривень
Медикаменти	43,13	58,55	61,55
Харчування	47,86	55,90	41,08

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни

Затверджені кошти на медикаменти та харчування забезпечили витрати з розрахунку на 1 ліжко/день за 2018 рік – 46,13 гривні та 47,86 гривні, за 2019 рік – 58,55 гривні та 55,90 гривні відповідно.

За 9 місяців 2020 року затверджені кошти, з урахуванням наявних залишків, дали можливість забезпечити вартість одного ліжко/дня по медикаментах – 65,36 гривні, по харчуванню – 40,31 гривні.

Фінансування закладу на даний час складається з:

- фінансування за укладеними договорами за пакетами медичних послуг у вигляді глобального бюджету та оплати за пролікований випадок 10 млн 349,53 тис. гривень;
- дотації з державного бюджету 5 млн 19,75 тис гривень;
- благодійних внесків;
- отримання коштів від здачі приміщень в аренду;
- надання платних послуг;
- надходження від депозитів.

Як було зазначено вище згідно фінансування Національною службою здоров'я України дефіцит бюджету складає 14 млн 304,6 тис. гривень.

Причинами зменшення фінансування є: розрахунок фінансування за пролікований випадок, в якому не враховується, що у пацієнта можуть бути супутні захворювання, які теж потребують лікування для стабілізації стану хворого, що спричиняє додаткові затрати закладу; не взято до уваги Постанову Кабінету Міністрів України від 27 січня 2016 року №34, якою передбачена

вартість одного ліжко-дня для ветеранів війни на медикаменти 65 гривень та на харчування 55 гривень, на дуже низькі тарифи оплати послуг, що фінансуються за глобальним бюджетом (амбулаторний, реабілітаційні пакети, паліативна допомога), що не відповідає потребі: фінансування за цими 4 пакетами на 9 місяців становить близько 270 тис. гривень, при тому, що заробітна плата на 1 місяць становить близько 160 тис. гривень; також не враховано право ветеранів війни на безкоштовне зубне протезування.

Отже, протягом 2018-2020 років фінансові витрати госпіталю були направлені на виплату заробітної плати працівникам, оплату комунальних послуг, придбання медикаментів та продуктів харчування та поточні видатки. Придбання дороговартісного обладнання та капітальні ремонтні роботи не заплановані.

2.4. Розробка та підписання колективного договору

В рамках автономізації закладу та проведення II етапу медичної реформи важливим кроком є розробка та підписання колективного договору. Колективний договір комунального закладу Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» був затверджений загальними зборами трудового колективу від 16.04.2018. Термін дії колективного договору 2018-2022 роки.

Відповідно до класифікатору професій ДК №003:2010 були внесені зміни в штатний розпис та до діючого колективного договору, що затверджені загальними зборами трудового колективу від 31.08.2018.

У зв'язку з реорганізацією комунального закладу Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» в комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», змінах в оплаті праці, загальними зборами трудового колективу були внесені зміни до діючого колективного договору від 07.11.2019.

У зв'язку з автономізацією лікувального закладу, вимогами Національної служби здоров'я України, змінами у класифікаторі професій були внесені

зміни до колективного договору, які затверджені загальними зборами трудового колективу.

Висновки до II розділу: Підсумовуючи дані аналізу стану надання медичної допомоги у Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів війни можна зробити висновки про необхідність удосконалити роботу закладу з управління якістю медичної допомоги, згідно індикаторів якості, проводити ефективну кадрову політику для збереження висококваліфікованих спеціалістів, створення для них належних умов праці та оптимальне фінансування закладу для задоволення потреб співробітників, пацієнтів та закладу в цілому.

РОЗДІЛ III ЗАХОДИ З УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1. Впровадження ефективної структури управління

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковим для підвищення конкурентоспроможності закладу в умовах реформування медичної галузі, доцільним є впровадження наступних заходів:

Ефективна кадрова політика.

Якість, своєчасність, доступність в наданні медичної допомоги залежить від рівня кваліфікації медичних працівників. Тому кадрова політика має велике значення для успішної роботи медичного закладу. Важливою є підготовка високопрофесійних медичних працівників, а також менеджерів у галузі охорони здоров'я, фахівців-організаторів з економічною та/або юридичною освітою для прийняття відповідальних та ефективних стратегічних рішень.

Використання сучасних стандартів управління закладами охорони здоров'я з метою раціонального використання економічних засобів, ефективного функціонування закладу в умовах активного реформування медичної галузі, підвищення конкурентоспроможності госпіталю передбачає безперервну професійну освіту як на рівні державних конференцій та тренінгів так і міжнародних, підвищення рівня сервісного обслуговування пацієнтів, інформатизацію основних напрямків роботи та управління закладом, забезпечення комфортних умов для перебування хворих в госпіталі, проведення анонімного опитування для визначення задоволеності пацієнтів якістю надання медичних послуг, залучення всіх працівників у до участі в управлінні закладом та розробленні проєктів з удосконалення роботи госпіталю.

Наступним кроком є впровадження системи індикаторів якості, які розробляються колективом закладу відповідно до його специфіки роботи, періодично оновлюються при втраті актуальності. Індикатори якості сприяють підвищенню рівня надання медичної допомоги, дозволяють адміністрації

здійснювати контроль, систематизувати набуті дані для подальшого удосконалення роботи закладу.

Використання індикаторів якості давно і успішно використовується в країнах Європи та США. Його використання доцільне в медичних закладах України. Індикатори якості дозволяють уникнути так званого урівнювання в оплаті роботи медичних працівників та роблять можливою вищу оплату праці більш мотивованим та кваліфікованим працівникам. Але для цього потрібно обов'язково внести зміни до колективного договору, в якому буде зазначатись така можливість. Також з закордонного досвіду взято безперервну професійну освіту. В розвинених країнах давно відбувся перерозподіл в наданні медичної допомоги між амбулаторною та стаціонарною медичної допомоги на користь амбулаторної. Отже, ми в своїй роботі також використаємо цей досвід та будемо поступово оптимізувати надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги.

3.2. Впровадження заходів з оптимізації надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги

Заходи зі збільшення частки амбулаторної медичної допомоги:

1. Впровадження виїзної консультативної роботи лікарями госпіталю в лікувально-профілактичні заклади області, що забезпечує доступність спеціалізованої медичної допомоги вторинного рівня ветеранам війни.

2. Консультація лікарями поліклінічного відділення госпіталю пацієнтів, які направляються на лікування, з метою вирішення доцільності госпіталізації, призначення лікування в амбулаторних умовах, якщо підстав для госпіталізації немає, контроль призначеного лікування.

3. Амбулаторна робота психологів з учасниками бойових дій та при необхідності з їх родинами.

4. Надання платних діагностичних та консультативних медичних послуг.

Заходи зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації

1. Підвищення кваліфікації лікарів, які надають стаціонарну медичну допомогу:
 - курси підвищення кваліфікації з навичок проведення ендоскопічних хірургічних втручань лікарями хірургами,
 - курси удосконалення лікарем фізіотерапевтом, який буде працювати з новітніми фізіотерапевтичними апаратами (апарат ударно-хвильової терапії, пристрої для скелетно-м'язового витягування хребта з підігрівуючим модулем, кріотерапевтичним апаратом);
 - продовження безперервної професійної освіти лікарів закладу з подальшим впровадженням новітніх методик лікування хворих, що також дозволить скоротити терміни госпіталізації.
2. Розробка та впровадження нових методів лікування і діагностичних технологій.
3. Збільшення питомої ваги госпіталізації пацієнтів, обстежених на догоспітальному рівні.
4. Чітке виконання плану обстеження та лікування у відповідності до затверджених клінічних маршрутів пацієнта.
5. Обстеження пацієнта мультидисциплінарною командою фахівців протягом 1 доби перебування в стаціонарі.

Розрахунок та обґрунтування оптимальної необхідності ліжко-місць

На даний час ліжковий фонд закладу становить 195 ліжок.

Чисельність ветеранів війни на 01.01.2020 становила 30362 особи.

Визначимо потребу в стаціонарних ліжках згідно наказу Міністерства охорони здоров'я від 01.02.2016 року №51 «Про затвердження Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення».

Потреба у ліжках закладу обрахована за формулою:

$K_{сл} = (N_1 \times 60) / 10000$ населення, де:

$K_{сл}$ – кількість стаціонарних лікарняних ліжок,

N_1 – кількість населення, станом на 01 січня року, що передує плановому,

60 – норматив ліжок на 10 000 населення.

$K_{сл} = (30\ 362 \times 60)/10000 = 182$ ліжок, де 30362 – чисельність ветеранів війни області станом на 01.01.2020.

1. Кількість стаціонарних ліжок, яку потрібно оптимізувати, визначається за формулою:

$$K_{сл\ опт} = K_{сл\ 01.01.2020} - K_{сл}$$

$$K_{сл\ опт} = 210 - 182 = 28 \text{ ліжок, де } 210 - \text{число ліжок на } 01.01.2020.$$

Таким чином, оптимальна кількість ліжок становить 182, необхідно скоротити 28 ліжок.

З метою оптимізації ліжкового фонду можна розглянути скорочення терапевтичного відділення м. Шостка (25 ліжок). Це буде обгрунтованим кроком, адже для укладення договору з Національною службою здоров'я на надання стаціонарної медичної допомоги необхідно щоб відповідний структурний підрозділ (в даному випадку терапевтичне відділення) було укомплектоване спеціалістами (лікар терапевт є) та необхідним діагностичним обладнанням (лабораторне відсутнє, рентгенівське відсутнє, УЗД відсутнє). Раніше всі обстеження виконувались в Шосткинській ЦРЛ. На даний час необхідно укласти договори з Шосткинською лікарнею на надання нею відповідних діагностичних послуг, які за своєю вартістю будуть перевищувати фінансування терапевтичного відділення Національною службою здоров'я України. Терапевтичне відділення є в госпіталі в Сумах з можливістю необхідного обстеження без додаткових витрат.

Отже, ми використали досвід провідних країн світу та розробили заходи зі збільшення частки амбулаторно-поліклінічної допомоги та зменшення частки стаціонарної допомоги в структурі надання медичних послуг. Наступним кроком оптимізації є скорочення тривалості середнього строку госпіталізації за рахунок обстеження пацієнтів та встановлення діагнозу в найкоротший термін та максимально швидкого та якісного лікування, що дозволить оптимізувати терміни надання стаціонарної медичної допомоги.

3.3. Затвердження Переліку платних послуг

У комунальному некомерційному підприємстві Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» розроблено та затверджено Положення про платні медичні послуги, що визначає порядок надання та розрахунок собівартості кожної послуги.

Перелік медичних послуг в госпіталі затверджений відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах».

Згідно переліку у закладі надаються 39 платних медичних послуг: консультації лікарями поліклінічного відділення, функціональні обстеження, ультразвукові обстеження, рентгенівські обстеження, лікувальний масаж.

З досвіду європейських країн та США можна зробити висновок, що кількість вузьких спеціалістів не надто висока і іноді виникають черги до вузького спеціаліста. Щоб попередити створення таких черг, враховуючи досвід сусідньої Польщі, розроблений альтернативний варіант надання медичних послуг на платній основі.

3.4. Впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги

Для якісного надання медичної допомоги європейські країни давно запровадили індикатори якості, згідно яких відбувається оплата праці медичних працівників, удосконалення роботи закладу та найголовніше відбувається ліцензування та акредитація лікувальних закладів. До основних вимірів якості медичної допомоги відносяться: орієнтація на пацієнта, безпека під час надання медичної допомоги, ефективність та своєчасність медичної допомоги, раціональне використання коштів, справедливість, тобто повага до прав пацієнта.

Міжнародними інструментами управління якістю є ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я та стандартизація за допомогою клінічних маршрутів пацієнтів лікувально-діагностичного процесу.

Критерії та індикатори, необхідні для надання якісної медичної допомоги:

Лікувально-діагностичного процесу: середній термін перебування хворого на стаціонарному лікуванні (днів), показник загально-лікарняної летальності (%), показник хірургічної активності (%), повнота та своєчасність обстеження пацієнтів (%), кількість аналізів виконаних 1 пацієнту (од), кількість обстежень на 1 пацієнта (функціональних, УЗД, ендоскопічних) (од), якість кодування згідно з діагностично-спорідненими групами (%).

Взаємодії з пацієнтами: кількість звернень громадян (од), рівень задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги (%), отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних та медичні втручання (%).

Управлінської діяльності: аудит процесів, результатів системи управління якістю, аналіз даних моніторингу, аудиту, планування діяльності на різних рівнях управління, прийняття прогресивних управлінських рішень.

Забезпечення якості ресурсів: забезпечення якості робочого середовища та інфраструктурних ресурсів, забезпечення ресурсами для виконання галузевих стандартів надання медичної допомоги, ресурсне забезпечення навчання медичних працівників, подальша мотивація та задоволення професійних потреб.

Наказом по закладу затверджені та втілюються індикатори якості надання медичної допомоги. Досвід країн Європи, США та деяких закладів охорони здоров'я України, які раніше вступили в реформу галузі показує, що при неухильному дотриманні розроблених індикаторів якості та адміністративному контролі процесу буде досягнутий високий результат з надання якісних медичних послуг.

Стандарти сервісного обслуговування

Потреби пацієнта понад усе, висока якість сервісу повинна бути конкурентною перевагою:

- 1) скорочення часу очікування пацієнтом прийому лікаря в поліклінічному відділенні, в приймальному відділенні при поступленні;
- 2) отримання інформованої згоди на медичні втручання (правдиво повідомляємо пацієнту про результати обстежень, план лікування, наслідки та

перспективи), інформація пацієнту надається в межах компетенції працівників, при неможливості отримання відповіді пацієнт скеровується до більш компетентного фахівця;

3) ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку закладу з метою забезпечення лікувально-охоронного режиму;

4) повага до всіх учасників лікувально-діагностичного процесу;

5) дотримання стандартів сервісного обслуговування пацієнтів кожним співробітником, алгоритм дій при виникненні нештатних ситуацій;

6) дотримання вимог етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтами, орієнтованість колективу на принципи корпоративної культури; проведення занять з психологами;

7) створення комфортних умов перебування в закладі (зручні зони відпочинку, спортивний майданчик, наявність ліфтів, реабілітаційної зали);

8) вивчення рівня задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги шляхом анонімного анкетування.

Більшість цих заходів з покращення сервісного обслуговування втілені в роботу закладу. В даний час продовжується робота з забезпечення комфортних умов перебування в закладі: в більшості відділень проведений ремонт, додатково оснащується спортивний майданчик, постійно вивчається рівень задоволеності пацієнтів рівнем надання медичної допомоги шляхом анонімного анкетування.

Забезпечення доступу до публічної інформації

З метою організації публічного доступу та широкого інформування громадськості про основну діяльність госпіталю, забезпечення принципу прозорості та відкритості надання медичної допомоги створено веб-сторінку: sumy-gospital.lic.org.ua. На офіційному сайті закладу розміщується і оновлюється інформація:

адреса та структура закладу, контактні телефони, е-пошта (sumygospital@ukr.net), нормативні документи для публічного доступу; права та обов'язки пацієнтів, правила госпіталізації; фінансовий план закладу із

змінами до нього та тендерні закупівлі; наявні у закладі лікарські засоби та медичні вироби, в тому числі отримані як благодійна або гуманітарна допомога, відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України 02.06.2016 № 509 «Про здійснення заходів щодо контролю використання лікарських засобів та виробів, які закуплені за бюджетні кошти»; від 25.07.2017 № 848 «Про здійснення заходів контролю за надходженням і використанням благодійних пожертв у закладах охорони здоров'я».

Враховуючи досвід країн Європи та США можна більше приділити уваги рекламі закладу, адже в ньому працюють спеціалісти різних профілів. В соціальних мережах висвітлювати, які спеціалісти працюють в закладі, які діагностичні можливості госпіталю, переваги, що вигідно вирізняють його поміж іншими закладами. Нещодавно було зроблено декілька публікацій в Facebook щодо роботи закладу взагалі та поліклінічного відділення зокрема.

3.5. Вирішення питання недостатнього фінансування закладу та раціонального використання коштів

Шляхи вирішення питання недостатнього фінансування закладу

перший – процедура оплати медичних послуг ветеранам війни, у тому числі учасникам АТО/ООС, за рахунок поліморбідності, підвищеної потреби в психокорекційній роботі через значний стресовий вплив на стан здоров'я повинна здійснюватись за підвищеним коефіцієнтом;

другий – фінансування госпіталю за рахунок медичної субвенції з державного бюджету;

третій – фінансування з місцевого бюджету.

Впровадження аутсорсингу на певні види послуг

Госпіталь виконує основну функцію з надання медичної допомоги ветеранам війни. Проте, для повноцінного функціонування закладу необхідно забезпечувати й інші процеси. Серед таких процесів можна виділити наступні, які передати на аутсорсинг.

1. Послуги з утилізації біологічних відходів (госпіталь не має ліцензії на цей вид послуг).

2. Реалізація функцій охорони та безпеки (151200 гривень, що менше ніж утримання 5 охоронців з фондом заробітної плати з нарахуваннями 354225 гривень за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

3. Використання ІТ-аутсорсингу (25000 гривень за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

4. Послуги з патологоанатомічних досліджень, гістологічних досліджень, утримання тіл померлих у холодильній камері (11121 гривня, в госпіталі відсутні можливості надання цих послуг за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

5. Послуги діагностичної візуалізації, а саме: комп'ютерна томографія органів та систем органів, дослідження щитоподібної залози, магістральних судин (24488 гривень, в госпіталі відсутні можливості надання цих послуг за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

6. Послуги з бактеріологічних досліджень біологічних середовищ (24308,26 гривні, в госпіталі відсутня бактеріологічна лабораторія за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

7. Послуги з проведення дератизації та дезінсекції (21492 гривні, утримання відповідальної особи в штаті закладу 62343,6 гривні та забезпечення необхідними витратними матеріалами на суму 50 тис. гривень за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

8. Проведення лабораторних досліджень на вірусні гепатити В та С (12138 гривень; проте, вартість аналізатора 480000 гривень та витрати на реактиви 60 гривень на 1 дослідження за даними плану розвитку закладу, затвердженому Управлінням майном Сумської обласної ради).

9. Послуги з транспортування трупів (у нічний час) (цілодобове утримання водіїв недоцільне).

В більшості країн світу всі немедичні послуги передають на аутсорсинг. Тепер цей досвід використовується і в Україні. Обрахована економічна вигідність аутсорсингу. Вона складає 472772,26 грн. В умовах реформування така економія коштів допоможе спрямувати зекономлені ресурси на розвиток закладу.

Висновки до III розділу: Підсумовуючи наведене в цьому розділі можна зробити висновок: для того, щоб заклад працював ефективно, надавав якісну допомогу пацієнтам, співробітники отримували гідну заробітну плату, не було дефіциту фінансування потрібно, щоб виконувались такі умови: ефективна кадрова політика, впровадження системи індикаторів якості та моніторингу в діяльності медичного закладу з метою проведення внутрішнього контролю за наданням медичної допомоги, систематичного збору даних, можливості здійснення необхідних ефективних коректив та оновлення індикаторів якості при втраті актуальності, використання сучасних стандартів управління закладами охорони здоров'я та прийняття виважених менеджерських рішень з метою раціонального використання коштів для ефективного функціонування закладу в умовах активного реформування медичної галузі, підвищення конкурентоспроможності госпіталю.

ВИСНОВКИ

Враховуючи вищевикладене можна зробити наступні висновки:

1. При реформуванні галузі охорони здоров'я найважливішими ресурсом завжди є люди, які реалізують ці реформи: це і фахівці високого рівня медичної галузі (лікарі, медичні сестри), економічно-бухгалтерська частина колективу, молодші медичні сестри, допоміжні підрозділи та служби, без них не працюють самі найкращі реформи, тому потрібно перш за все створити найкращі умови для роботи фахівців, дати можливість постійно розвиватись, навчатись, відвідувати наукові конференції та семінари, вдосконалювати свій рівень професійного розвитку і звичайно ж отримувати належну заробітну плату.

2. Обов'язково необхідна оптимізація надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги за прикладом розвинених країн Європи та США шляхом перерозподілу на користь амбулаторно-поліклінічної допомоги. Адже в країнах з великим досвідом реформування галузі є обґрунтованим переважне надання медичної допомоги за рахунок амбулаторного сегменту. А стаціонарне лікування виправдане лише в тих випадках, коли це дійсно необхідно. У зв'язку зі зменшенням стаціонарного сегменту логічною є оптимізація ліжкового фонду. Згідно з підрахунками необхідно скоротити 28 ліжок. Ліжка перерозподілити за переважністю використання. Після проведення поступової оптимізації необхідно працювати над скороченням середнього терміну перебування на ліжку, за рахунок якнайшвидшого обстеження, встановлення діагнозу та призначення ефективного лікування згідно встановленого діагнозу.

2. Медична допомога потребує якісного оновлення:

- висококваліфікованого надання медичних послуг;
- високого рівня сервісного обслуговування населення;
- впровадження нових індикаторів якості надання медичної допомоги;

- періодичного оновлення індикаторів якості в залежності від їх актуальності.

3. Медичні працівники в умовах конкуренції можуть і повинні постійно підвищувати рівень своєї кваліфікації, займатись безперервним професійним розвитком з метою як самоудосконалення так і освоєння роботи з новим лікувально-діагностичним обладнанням: відвідувати наукові конференції, конгреси, симпозиуми, майстер-класи, які тимчасово, на час карантину, проводяться дистанційно.

Для проведення реформування галузі, ефективного управління закладом, провадження високоякісного надання медичних послуг в конкурентному середовищі, лікарі з числа керівного складу також повинні самоудосконалюватись та отримати освіту з менеджменту в закладах охорони здоров'я та/або юридичну освіту.

4. Фінансування закладу має включати різні види надходжень, бо при фінансуванні лише з коштів Національної служби здоров'я є дефіцит фінансування. Так, для ефективної роботи закладу необхідне фінансування не лише на заробітну плату співробітників, а ще для придбання новітньої медичної апаратури, проходження відповідних курсів удосконалення лікарями, проведення ремонтів, оснащення реабілітаційного напрямку роботи. Це все обов'язково необхідне для розвитку закладу тому потребує додаткового фінансування з місцевого бюджету та інших надходжень.

5. Деякі види послуг, які не можуть надаватися в госпіталі можна передати на аутсорсинг: послуги з утилізації біологічних відходів, реалізація функцій охорони та безпеки, використання ІТ-аутсорсингу, послуги з патологоанатомічних досліджень, гістологічних досліджень, утримання тіл померлих у холодильній камері, послуги діагностичної візуалізації, а саме: комп'ютерна томографія органів та систем органів, дослідження щитоподібної залози, магістральних судин, послуги з бактеріологічних досліджень біологічних середовищ, послуги з проведення дератизації та дезінсекції, проведення лабораторних досліджень на вірусні гепатити В та С, послуги з

транспортування трупів (їх економічна доцільність обґрунтована вище і складає 472772,26 грн.).

6. В сучасних умовах має надаватися доступ до публічної інформації, яка стосується закладу, тому необхідно звернути увагу на її доступність для різних вікових категорій. Також більше приділити уваги рекламі закладу, його фахівців, діагностичних та лікувальних можливостей. Адже важлива частина розвитку та ефективної роботи закладу – це його популяризація серед населення.

Список використаних джерел:

1. Бадіков Т. Пропозиції та зауваження до проекту Концепції eHealth (від 06 липня 2019 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5d20478b98a94/> (дата звернення: 15.10.2020).
2. Бадіков Т. Чи готові регіони до цифровізації та продовження медреформи? (від 06 листопада 2019 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5dc2d3206f5aa/> (дата звернення: 15.10.2020).
3. Декларація про політику в області забезпечення прав пацієнтів в Європі. Європейська нарада ВООЗ з прав пацієнта (Амстердам, Нідерланди, березень 1994р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua> (дата звернення: 16.10.2020).
4. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №411. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF> (дата звернення: 16.10.2020).
5. Європейська хартія прав пацієнта від 15 листоп. 2002 р. Офіційний сайт Львів. держ. мед. ун-ту ім. Данила Галицького. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://meduniv.lviv.ua/les/presscentre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf
6. Комплект матеріалів по національній стратегії електронної охорони здоров'я/Всесвіт. орг. охорони здоров'я і Міжнародний союз електрозв'язку. Женева: Всесвіт. орг. охорони здоров'я, 2012. 226 с. // Всесвітня організація охорони здоров'я: офіц. сайт. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75211/9789241548465_rus.pdf?sequence=9&isAllowed=y (дата звернення: 17.10.2020).
7. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квіт. 1997 р. / прийнята Радою Європи. Офіц. сайт ВР України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334.
8. Лісабонська декларація про права пацієнта від 1 жовт. 1981 р., зі змінами і допов. від 1995 р. Офіц. сайт ВР України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/990_016.
9. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квіт. 2018 р. №411 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF> (дата звернення: 18.10.2020).
10. Президент підписав указ щодо реформ: що чекає на охорону здоров'я / Платформа здоров'я: новина від 13 листоп. 2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://health-platform.org.ua/novyny/prezydent-pidpysav-ukaz-shhodo-reform-shho-chekaye-na-ohoronu-zdorov-ya/> (дата звернення: 18.10.2020).

11. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 серп. 2017 р. № 560-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80/print> (дата звернення: 14.10.2020).

12. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листоп. 2016 р. № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80> (дата звернення: 14.10.2020).

13. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції інформатизації охорони здоров'я України» від 07 червня 2019 р.. Сайт «Аптека.online.ua» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/503988> (дата звернення: 13.10.2020).

14. Сайт Адміністратора центральної бази даних eHealth України (ДП «Електронне здоров'я») [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 13.10.2020).

15. Сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://phc.org.ua/news/seminar-cifrovi-teknologii-okhoroni-zdorovya-v-sferi-protidii-tuberkulozu> (дата звернення: 12.10.2020).

16. Центр громадського здоров'я МОЗ України: інтернет-сайт. Режим доступу: <https://phc.org.ua/regionalni-cgz> (дата звернення: 12.10.2020).

17. Bolívar M.P.R., Muñoz, L.A. (2018). Political Ideology and Municipal Size as Incentives for the Implementation and Governance Models of Web 2.0 in Providing Public Services. *International Journal of Public Administration in the Digital Age*, 5(1), P. 36-62.

18. Dreshpak V. (2017). Modern trends in international researches in the sphere of electronic governance (in the case of publications of the international journal *Electronic Government*). *Public Administration Aspects*, 5(5-6), P. 17-26. <https://doi.org/10.15421/15201713>.

19. Kassen M., (2017). E-Government Politics as a Networking Phenomenon: Applying a Multidimensional Approach. *International Journal of Electronic Government Research*, 13(2), P. 18-46.

20. Юрій Банахевич «Корупції позбулися, черг-ні. Медична реформа в Польщі» (від 31.05.2017) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.ukrinform.ua/rubric-world/2237913-korupcii-pozbulisa-cerg-ni-medicna-reforma-v-polsi.html> (дата звернення 04 жовтня 2020).

21. М. Карі, У. Маттіла, В. Рудий «Огляд європейських та американських підходів до фінансування систем охорони здоров'я» (від 14.09.2018) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviebook_uk.pdf (дата звернення 06 жовтня 2020).

22. Уляна Супрун «Як працює система охорони здоров'я в США» (від 28 січня 2019 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-v-ssha.html?=&page408> (дата звернення 10 жовня 2020).

23. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях / А. Малагардіс, В. Рудий. Київ, 2016. 61 с.

24. Бакуменко В. Д. Напрями державно-управлінської діяльності. Енциклопедія державного управління... у 8 т. Т. 2 : Методологія державного управління.... 692 с.

25. Білинська М. М., Авраменко Т. П. Управління змінами охорони здоров'я. Київ, 2015. 80 с.

26. Білинська М. М., Кульгінський Є. А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. Держава та регіони. Серія : Державне управління. 2014. № 4. С. 104–107.

27. Білинська М., Жаліло Л., Мартинюк О. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. Вісник НАДУ. 2017. № 3. С. 92–98.

28. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження 98 загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні / А. Драгомірістяну. Київ, 2016. 72 с.

29. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : дис. ... докт. з держ. управл. : 25.00.02. Маріуполь, 2019. 380 с.

30. Гайдаш Д. С. Державна політика системи охорони здоров'я в країнах Вишеградської групи: досвід для України. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. №1(22). С. 91–92.

31. Гайдаш Д. С. Екстрена медична допомога в Україні та Польщі: компаративний аналіз. Наукові розвідки з державного та муніципального управління : збірник наукових праць. 2016. №2. С. 138–148.

32. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. № 9. С. 24–28.

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

34. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.

35. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

36. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні навч.-наук. вид. / авт. кол. М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова 99 та ін. ; за аг. ред. М.М. Білінської. Київ; Львів : НАДУ, 2012. 240.с.

37. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні / В. Рудий. Київ, 2016. 62 с.

38. Знаменська. М. В. Всесвітня організація охорони здоров'я. Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. ; Інститут історії України НАН України. Київ : Наук. думка, 2013. Т. 1. 648 с.

39. Карамішев, Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–18 квітня 2008, м. Львів. С. 129–136. 100

40. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні : Розпорядження КМУ від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.

41. Корвецький О. Д. Система охорони здоров'я. Енциклопедія державного управління... : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління. 648 с.

42. Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування та управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях / О. Коваленко та ін. Київ, 2016. 65 с.

43. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>.

44. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

45. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст). Київ : МОРІОН, 2019. 445 с.

46. Пашков В. М. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. Аптека: електронне щотижневe видання. 2015. 32(1003). URL: <https://translate.google.com/translate?hl=ru&sl=uk&u=https://www.apteka.ua/artikle/341750&prev=search>.

47. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва 102 лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» від 30 листопада 2016 р. № 929. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/929-2016-%D0%BF>.

48. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України / М. Білинська. Київ, 2016. 50 с.

49. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» : Закон України від 07.12.2017 р. № 2233-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

50. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України (проект). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH1S5DTV.html.

51. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

52. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.

53. Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів : Закон України. № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

54. Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують

її проведення : Закон України (проект). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH4VS00A.html. 103

55. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» : Розпорядження КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80>.

56. Про затвердження порядку створення госпітальних округів: Постанова КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF/>.

57. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : Розпорядження КМУ від 15 листопада 2017 р. № 821-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250432586>.

58. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти: постанова КМУ від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>.

59. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 р. URL: № 1164-р. <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>.

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

61. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>.

62. Про схвалення розроблених Міністерством охорони здоров'я планів імплементації деяких актів законодавства ЄС : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2014 р. № 1141-р. URL: 105 <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1141-2014-%D1%80>.

63. Розмежування замовника і постачальника та укладення контрактів на закупівлю медичних послуг / К. Дьякова, Б. Каунцінгер. Київ, 2016. 40 с. 75. Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні / Л. Батіг, Н. Лучшева. Київ, 2006. 40 с.

64. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні : дис. канд. з держ. управл. : 25.00.02. Київ, 2016. 292 с.

65. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні : монографія. Київ, 2015. 272 с.

66. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий. Київ, 2016. 48 с.

67. Сурмін Ю. П. Майстерня вченого : підручник для науковця. Київ : 106 Навч.-метод. центр «Консорціум з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2016. 302 с.

68. Теннер М. Погляд на системи охорони здоров'я у світі. Громадянин України, 2017. № 22(229). URL: <http://gukr.com/article2669.html>.

69. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. Сталий розвиток економіки. 2013. № 2. С. 17–23.

70. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я : дис. канд. з держ. управл. : 25.00.02. Харків, 2017. 207 с.

71. Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E. Pielęgniarsztwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Т. II. Lublin, 2018. S. 175.

73. Intellectual property. URL:

http://ec.europa.eu/trade/policy/accessingmarkets/intellectual-property/index_en.htm.

74. Fundusze Unii Europejskiej 2007–2013. Cele – Działania – Środki. URL: <https://www.wuj.pl/UserFiles/File/ADarmowe%20ebooki/Fundusze%20UE%202007-13.pdf>.

75. Kozłowska Ewelina, Marzec Agnieszka, Kalinowski Paweł, Bojakowska Urszula. Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu = Health concept and its protections in the light of subject literature. Journal of Education, Health and Sport. 2016. 6(9). S. 575–585. URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3883>.

76. Ministerstwo Zdrowia. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. URL: <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/informatyzacja-w-ochroniezdrowia/podstawy-prawne>.

77. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowiapsychicznego1>.
78. Pashkov V. M., Olefir A. A., Bytyak O. Y. (2017) Legal features of the drug advertising. *Wiad. Lek.* 70 (1). S.133–138.
79. Poland: health profile. URL: <http://www.euro.int/observatory>.
80. Respond Ewa. Prawne aspekty ochrony zdrowia dzieci w Polsce. *Roczniki nauk prawnych*. Tom XXIV. 2014. N 3. S. 41–59.
81. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionu Europejskiego Kopenhaga. URL: <https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dlawszystkich-who>.