

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»
завідувач кафедри
_____ **І.І. Рекуненко**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
«Удосконалення системи якості надання послуг у сфері охорони здоров'я (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська клінічна лікарня» Сумсько міської ради)»

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

Студента гр.УЗ.мз-01с **Краснюкова Анатолія Анатолійовича**

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 _____ **Краснюков А.А.**
(підпис)

Науковий керівник: _____ **к.е.н. Кубатко В.В.**

Суми 2022 р

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« _____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
 за спеціальністю

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

студенту групи УЗ.мз-01с

Краснюкову Анатолію Анатолійовичу

1. Тема роботи “Удосконалення системи якості надання послуг у сфері охорони здоров'я (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська клінічна лікарня» Сумсько міської ради)”

затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи: _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: дослідження системи якості надання медичних послуг в КНП «Центральна міська клінічна лікарня» СМР та пошук шляхів її удосконалення.

4. Об'єкт дослідження: система надання послуг у сфері охорони здоров'я на загальному та локальному рівні.

5. Предмет дослідження: рівень якості надання медичних послуг та можливі шляхи його підвищення.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах Законів України, Постановах та розпорядженнях Кабінету Міністрів України, Наказах Міністерства охорони здоров'я, матеріалах наукових публікацій, законодавчих актів, фінансової звітності Національної служби здоров'я України тощо.

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Теоретичні аспекти охорони здоров'я як соціально-економічної системи	
II	Аналіз організаційно-економічних факторів системи охорони здоров'я сумського регіону	
III	Організаційно-управлінські заходи щодо удосконалення системи якості надання послуг у сфері охорони здоров'я	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити соціально-економічну сутність медичних послуг, характеристику системи якості надання медичних послуг та теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні.

У розділі 2 студент має розглянути соціально-економічні особливості Сумського регіону, основні показники діяльності КНП «ЦМКЛ» СМР та виявлення основних проблем надання медичних послуг на сучасному етапі.

У розділі 3 студент має визначити основні стратегічні напрями щодо сприяння розвитку системи охорони здоров'я та надати пропозиції щодо підвищення рівня якості надання медичної допомоги.

8. Консультації щодо виконання роботи:

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

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

к.е.н. Кубатко В.В.

Завдання до виконання одержав

(підпис)

Краснюков А.А.

АНОТАЦІЯ

У роботі було досліджено соціально-економічну сутність медичних послуг, охарактеризовано систему охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання та управління, досліджено теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні, а також проведено аналіз соціально-економічних особливостей Сумського регіону та основних показників діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради.

В роботі було виявлено основні проблеми системи охорони здоров'я на сучасному етапі та надано пропозиції щодо підвищення рівня ефективності системи регіонального управління та якості надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: медичні послуги, система охорони здоров'я, система регіонального управління, державне регулювання, якість надання медичних послуг.

РЕФЕРАТ

Структура і обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 30 найменувань. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 56 с., список використаних джерел 3 сторінки.

Актуальність. Головним фактором, що визначає актуальність дослідження, виступає необхідність розвитку процесів модернізації в економіці охорони здоров'я. Серйозні перетворення, що відбуваються у вітчизняній системі охорони здоров'я останнім часом, спрямовані на удосконалення системи якості медичних послуг під час реалізації програми державних гарантій, на перехід до одноканальної моделі фінансування медичної допомоги, запровадження принципів бюджетування, орієнтованого на результат, у діяльність соціально орієнтованих організацій, що надають суспільно значущі послуги, та ін. Саме тому особливої актуальності набуває створення відповідних умов для надання якісних послуг у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є дослідження системи якості надання медичних послуг в КНП «Центральна міська клінічна лікарня» СМР та пошук шляхів її удосконалення.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *завдання*:

- дослідити соціально-економічну сутність медичних послуг;
- проаналізувати систему охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання та управління;
- дослідити теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні;
- проаналізувати соціально-економічні особливості Сумського регіону та основні показники діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради;
- виявити основні проблеми системи охорони здоров'я на сучасному етапі;
- визначити стратегічні напрями щодо сприяння удосконаленню системи якості надання медичних послуг.

Предметом дослідження є рівень якості надання медичних послуг та можливі шляхи його підвищення.

Об'єктом дослідження є: система надання послуг у сфері охорони здоров'я на загальному та локальному рівні.

Методи дослідження. У роботі було використано структурний аналіз, метод оптимізації, системний аналіз та дослідницько-статистичний метод.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому: на основі комплексного аналізу роботи медичного закладу, а також перспектив розвитку ринку медичних послуг розроблено пропозиції щодо покращення системи якості надання медичних послуг з урахуванням управлінських аспектів.

Ключові слова: медичні послуги, система охорони здоров'я, система регіонального управління, державне регулювання, якість надання медичних послуг.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ СИСТЕМИ.....	10
1.1 Аналіз сутності медичних послуг.....	10
1.2 Характеристика системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання та управління.....	15
1.3 Теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні.....	21
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОГО РЕГІОНУ.....	28
2.1 Соціально-економічні особливості Сумського регіону.....	28
2.2. Аналіз показників діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради.....	32
2.3 Виявлення проблем системи охорони здоров'я на сучасному етапі.....	36
РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ЗАХОДИ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	40
3.1 Стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я	40
3.2 Шляхи підвищення рівня якості надання послуг в медичному закладі.....	42
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Головним фактором, що визначає актуальність дослідження, виступає необхідність розвитку процесів модернізації в економіці охорони здоров'я. Серйозні перетворення, що відбуваються у вітчизняній системі охорони здоров'я останнім часом, спрямовані на удосконалення системи якості медичних послуг під час реалізації програми державних гарантій, на перехід до одноканальної моделі фінансування медичної допомоги, запровадження принципів бюджетування, орієнтованого на результат, у діяльність соціально орієнтованих організацій, що надають суспільно значущі послуги, та ін. Саме тому особливої актуальності набуває створення відповідних умов для надання якісних послуг у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є дослідження системи якості надання медичних послуг в КНП «Центральна міська клінічна лікарня» СМР та пошук шляхів її удосконалення.

Предметом роботи є рівень якості надання медичних послуг та можливі шляхи його підвищення.

Об'єктом роботи є система надання послуг у сфері охорони здоров'я на загальному та локальному рівні.

Для досягнення мети були поставлені такі **завдання**:

- дослідити соціально-економічну сутність медичних послуг;
- проаналізувати систему охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання та управління;
- дослідити теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні;
- проаналізувати соціально-економічні особливості Сумського регіону та основні показники діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради;
- виявити основні проблеми системи охорони здоров'я на сучасному етапі;

- визначити стратегічні напрями щодо сприяння удосконаленню системи якості надання медичних послуг.

Основою для виконання дослідження є наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених у галузі удосконалення механізму управління сферою охорони здоров'я. Для проведення аналізу системи якості надання медичних послуг використовувалися показники діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ СИСТЕМИ

1.1 Аналіз сутності медичних послуг

У процесі функціонування ринку громадського здоров'я створюються особливі економічні блага: лікувально-діагностичні послуги, фармацевтичні засоби, медична техніка та інструментарій тощо.

Благо - це все те, за допомогою чого реалізуються людські потреби. Медичні послуги як блага задовольняють людську потребу у медичній допомозі, охороні та зміцненні здоров'я.

З погляду обмеженості благ стосовно наших потреб ми говоримо про економічні блага. Вони є результатом господарської діяльності людей. Медична послуга як благо називається економічною, якщо володіння ним є для суб'єкта відмовитися від володіння іншим благом. В даний час, враховуючи безперервне зростання потреб людей у високотехнологічних способах діагностики та лікування, у високоефективних лікарських засобах та виробках медичної техніки, значна частина медичних послуг відноситься до економічних благ.

Послугу характеризують як «вираз, що визначає особливу споживчу вартість, яку додає певна праця подібно до будь-якої іншої праці; але особлива споживча вартість цієї праці отримала тут специфічну назву «послуги» тому, що праця надає послуги не як річ, а як діяльність...»[6]; маючи на увазі послуги споживчого призначення; «у кожний момент у числі предметів споживання, поруч із предметами споживання, що у вигляді товарів, є певна кількість предметів споживання як послуг»[7].

Ф. Котлер наводить таке визначення: «Послуга – будь-який захід або вигода, які одна сторона може запропонувати іншій і які в основному невловимі і не призводять до заволодіння чимось. Виробництво послуг то, можливо і може бути

пов'язані з товаром у його матеріальному вигляді». «Під послугами розуміють величезну різноманітність видів діяльності та комерційних занять» [3].

У своїй праці «Економікс» К. Макконелл і С. Брю вважають, що послуга – «те, що невловимо (не видно) і в обмін на що споживач, фірма чи уряд готові надати щось цінне» [5].

Вітчизняні вчені також під послугою розуміють доцільну діяльність людини, результат якої має корисний ефект, який задовольняє якісь потреби людини [8].

Таким чином, узагальнюючи все сказане вище, можна вважати, що змістовна визначеність послуги як блага полягає в собі особливе. Це – ставлення для людей, нематеріальний корисний ефект безпосередніх взаємодій економічних суб'єктів, тобто. результат матеріальної діяльності незалежно від набуття цим результатом матеріально-речовинної форми.

Прийнято розрізняти послуги матеріального характеру, коли корисний ефект діяльності втілюється у матеріальному об'єкті, і звані нематеріальні, чисті послуги, коли корисний ефект спрямовано безпосередньо на самої людини. В основі виділення благ матеріальних та нематеріальних у класичній економічній теорії передбачалася форма буття, з погляду його речовинності чи відсутності такої. Тому до матеріальних благ належали блага-речі, а до нематеріальних – послуги. У семантичному плані вживання поняття «нематеріальне благо» неправильне, оскільки всі блага матеріальні, а речовинність і матеріальність – не ідентичні. Виходячи з цього критерію, економічна наука, як видається справедливо, відносила послуги першого роду до сфери матеріального виробництва, а праця з їх надання до виробничій праці, що збільшує вартість створюваних у суспільстві благ. Так звана нематеріальна сфера вважалася невиробничою, а праця з надання чистих послуг (у тому числі діяльність працівників охорони здоров'я) – непродуктивною, такою, що не створює і не збільшує вартості, хоча й суспільно корисною. Прорес трансформації економіки, визнання людського капіталу національним багатством змусили багатьох переосмислити подібну оцінку.

Аналіз публікацій з цієї проблеми дозволяє зробити висновок про поступове подолання підходу до охорони здоров'я як до невиробничої сфери. Здоров'я нації, а, отже, і заходи щодо збереження та зміцнення його, починають розглядатися як один із найважливіших факторів, що визначають національну безпеку країни, її національне багатство.

Послуги охорони здоров'я є діяльністю медичних працівників, що має своїм результатом корисний ефект відновлення, підтримки та зміцнення здоров'я. Продукт медичної діяльності формується у процесі надання медичної послуги. Медична діяльність завершується створенням матеріальних благ, не завершується актом їх присвоєння. Медична діяльність спрямовано зміну стану об'єкта, яким є людина. Завдання медичної діяльності – не створювати будь-яке благо, яке може бути привласнене, а змінити несприятливий стан людини до такого стану, який можна вважати благом.

Справедливе висловлювання вчених про продуктивне значення праці працівників усієї галузі охорони здоров'я. У зв'язку з цим учені зазначають, що «головна економічна та медична категорія – медична послуга не є духовним поняттям, а матеріалізується та виявляється у конкретній діяльності медика та персоналу щодо здійснення конкретних заходів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, адміністративно-господарських, управлінських та інших дій, вкладених у збереження, зміцнення, поліпшення, відтворення індивідуального і здоров'я» [4].

Хоча послуги є лише різновидом конкретної професійної діяльності і з погляду економічної інтерпретації принципів відмінностей, тим щонайменше, у охороні здоров'я, як й у будь-якій іншій галузі, що надає послуги, є свої особливості.

Можна виділити такі особливості медичної послуги:

По-перше, це невід'ємність медичних послуг. Особливості одержання послуг охорони здоров'я виявляються в їх втіленні в самій людині і мають здебільшого вид нематеріальних послуг (невловимість). Невід'ємність послуг проявляється

насамперед у неможливості візуалізації їхніх ефектів конкретному одержувачу послуг, аж до безпосереднього надання. Жодному пацієнту ніколи не вдається заздалегідь дізнатися все про корисний ефект і побічну дію наданих йому послуг. Оцінка корисності даної послуги пацієнту та можливий побічний ефект проводиться зазвичай за аналогією надання подібних послуг іншим пацієнтам. Хочеться відзначити, що сучасні інформаційні технології дозволяють у ряді випадків провести комп'ютерне прогнозування корисності послуги до її надання (наприклад, у реконструктивно-пластичній хірургії), не слід забувати, що це лише приблизна оцінка, яка до кінця не враховує безліч параметрів.

У той самий час частина медичних послуг може мати крім нематеріального прояви і матеріальне втілення (товарна складова). Наприклад, установка внутрішньосудинних стентів, кардіостимуляторів, ортопедичних протезів, використання пломбувального матеріалу, зубних коронок та протезів, пересадка органів тощо. Таким чином, окрема частка наданих медичних послуг містить як нематеріальні, і речові (товарні) компоненти. Досить складно, коли іноді неможливо провести чітку межу між матеріальними і нематеріальними послугами, оскільки можна побачити взаємопроникнення, утворення суміжних форм. Ступінь відчутності кожної наданої чи отриманої медичної послуги прораховується їх кількісним співвідношенням. Поділ медичних послуг за ступенем їхньої відчутності використовується при побудові науково обґрунтованих методів ціноутворення. Хочеться відмітити, що збільшення ступеня відчутності отриманих медичних послуг значно підвищує їх собівартість

Індивідуальний характер. Всі послуги охорони здоров'я часто мають виражену індивідуальну особливість, оскільки призначені кожному конкретному індивідууму. У цьому якісне надання медичної послуги багато від чого залежить, але основне, це від вихідного стану споживача, тобто пацієнта. Навіть при масовості надання послуг не слід забувати, що зрештою послуга надається конкретному пацієнтові. Це призводить до високого ступеня індивідуалізації процесу виробництва медичної послуги і, як наслідок, - до складності прогнозування

очікуваного ефекту. Ця особливість вимагає високої соціальної відповідальності працівників охорони здоров'я, а також висуває необхідність страхування їхньої професійної діяльності.

Нерозривність та безперервність процесів надання та споживання. Споживання великої частини послуг охорони здоров'я неодмінно збігається з їх безперервним виробництвом у часі та просторі, що витікає з їхнього індивідуального характеру. Ця особливість неодмінно пов'язана з тим, що зазначені процеси протікають за безпосередньої взаємодії об'єкта та суб'єкта діяльності в сфері охорони здоров'я. Найчастіше надання медичної допомоги вимагає безпосередньої участі у цьому процесі як медпрацівників, а й пацієнтів-споживачів медичних послуг. Не є винятком із цього правила послуги, пов'язані зі створенням речових об'єктів – кардіостимуляторів, зубних протезів, ортопедичних виробів. На різних етапах надання цих послуг все ж таки неминуче виникає потреба в безпосередньому контакті між виробником послуг та їх споживачем.

Послуги, що надаються у сфері охорони здоров'я, не можуть накопичуватися, не підлягають зберіганню протягом часу. На відміну від наявних товарів медичного призначення, неможливо медичні послуги відділити від того, хто їх постачає, тобто послуги неможливо накопичувати та зберігати з метою подальшої реалізації. Ця ознака впливає з нематеріального характеру, збігу виробництва та споживання послуги у часі та просторі. Ці послуги не можна заготувати і зберігати до появи попиту та надати їх зі складу ринку. Послуга не існує до часу її надання, що унеможливорює порівняння та оцінку послуги до її отримання. Порівнювати можна лише очікувані вигоди та отримані. Враховуючи цю властивість, необхідно домагатися відповідності потужностей з їх виробництва реальному попиту на них. Водночас процес надання медичних послуг повинен мати певні резерви у вигляді матеріальних та кадрових ресурсів на випадок непередбачених обставин (надзвичайні ситуації).

Складність структури медичних послуг. Послуги охорони здоров'я досить часто мають неоднорідну та складну структуру, тобто результат діяльності різних

категорій медичних та немедичних працівників. У цілому нині медична послуга охоплює все життя людини, та у наданні теоретично можуть брати участь багато різних медичних працівників. На цю особливість впливає безперервно зростаюча техноємність сучасної медицини. Наприклад, виділяють діагностичні медичні послуги лікаря-клініциста та лікаря-інструменталіста, послуги середнього медперсоналу тощо.

Неоднорідність якості. Медичній послугі властива неоднорідність якості. Коли надається будь-яка медична послуга, то це творчий прорес, пов'язаний з багатьма факторами ризику, кінцевим ефектом і тому вона не може бути однорідною. Наприклад, багато в чому якість медичних послуг залежить від того, хто і в яких умовах їх надає, і навіть часу доби. Наприклад, це може бути лікар-початківець або досвідчений лікар, умови невеликої лікарні або велика багатопрофільна клініка, денний або нічний час (що безпосередньо пов'язане зі втотою персоналу) тощо. Можна відзначити, що однією із головних причин неоднорідності якості медичних послуг є унікальність клінічної картини кожного захворювання [8].

1.2 Характеристика системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання та управління

Сьогодні існує багато класифікацій систем охорони здоров'я, але світові експерти виділяють основні класичні моделі:

- 1) Система Бісмарка (німецька);
- 2) Система Бевериджа (англійська) та ін.

В сучасні дні системи охорони здоров'я основних економічно розвинених країн повністю не вкладаються в жодну з цих моделей. Реформи постійно еволюціонують, запозичуючи один у одного загальні ідеї та окремі елементи. Світові системи охорони здоров'я стали такими гібридними, що інколи дуже важко сказати, яка модель була взята за основу.

В багатьох європейських країнах, так і в Україні багато дослідників окремо виділяють систему державного та приватного обов'язкового медичного страхування. Опираючись на подібне розмежування, будуються багато сучасних відомих класифікацій систем охорони здоров'я. Наприклад, М.Фотакі розглядає новітні системи охорони здоров'я, в залежності від країн, віднесених до різних рівнів соціального розвитку, і виділяючи такі моделі [11]:

- 1) універсалістська (модель Бевериджа);
- 2) соціал-демократична або «скандинавська модель»;
- 3) «південно-європейська модель» (Іспанія, Португалія, Греція);
- 4) соціального страхування (модель Бісмарка);
- 5) ліберальна модель (залишкового соціального забезпечення);
- 6) консервативна корпоративна (Японія);
- 7) латиноамериканська модель;
- 8) модель системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- 9) модель систем охорони здоров'я країн з перехідною економікою [9, с. 8-11].

Німецька модель, яку свого часу створив канцлер Германії Отто фон Бісмарком у 1881 році, була першою державною системою охорони здоров'я. Вона заснована на піклуванні та зміцненні здоров'я звичайних простих робітників, яких можна було розглядати як потенційних військовослужбовців. Першими були створені фонди соцстраху. Вони намагалися оплачувати витрати на лікування, а також видавали допомоги з безробіття, пенсії. З часом вони перетворилися на лікарняні каси.

Континентальну модель (соціального страхування) в наш час використовують Німеччина, Австрія, Нідерланди, Бельгія. Вона в основному фінансується за допомогою постійних відрахувань з заробітної плати та інших, в основному державних фондів, що складають близько 75 % загальних витрат на охорону здоров'я [17].

У. Беверидж запропонував вого часу трансфертну систему, яка побудована на звичних принципах страхування [13]. Відповідно до цієї системи державі слід

надавати трансфертні виплати тільки на тих людей, які дійсно не можуть ніяк забезпечити себе цим способом (зокрема, на дітей).

Якщо розглядати «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція), то системи охорони здоров'я в основному фінансуються за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю.

В «скандинавській моделі», яка функціонує у Швеції, Фінляндії і Данії, фінансування охорони здоров'я забезпечується переважно за рахунок податків із прибутку (які спалуються як на державному, так і місцевому рівнях).

Якщо згадати про моделі систем охорони здоров'я країн, в яких працює перехідна економіка, то це в основному країни СНД. На перших етапах державності вони спробували здійснити економічну «шокову терапію», намагаючись зберегти існуючий рівень надання медичних послуг. Одночасно мала місце невдала спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [6].

Існували широкі гарантії безкоштовної медичної допомоги населенню. В деяких країнах (Азербайджан, Вірменія, Грузія, Молдова, Таджикистан) ці гарантії були значно скорочені. Проте у деяких країнах з перехідною економікою надання безкоштовної отримання медичної допомоги або не змінювалося, або було лише незначно модифіковано. В інших постсоціалістичних країнах, як то в Албанії, Болгарії, Македонії, Хорватії, Чехії та Естонії були введені фіксовані оплати громадян за надані їм медичні послуги, розміри яких були невеликими порівняно з вартістю наданих послуг. Тож загалом характерною особливістю країн з перехідною економікою прийшов значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням [7, с. 10].

Продовжуючи огляд моделей систем охорони здоров'я, відзначимо, що існують й інші типології. Так, деякі дослідники розрізняють три основних типи систем охорони здоров'я, які існують в сучасності : а) утилітарну, б) комунотарну, в) ліберальну [10].

Виходячи з точки зору соціально-політичної структури суспільства, американський аналітик М.Філд умовно розділяє п'ять моделей систем охорони здоров'я:

- 1) класична або неупорядкована модель;
- 2) плюралістична модель;
- 3) страхова модель ;
- 4) національна модель;
- 5) соціалістична модель [16, с. 401].

Сучасні існуючі моделі систем охорони здоров'я часто враховують як еволюційний характер розвитку систем охорони здоров'я, так й принципи їх функціонування. Є раціональним підхід, який передбачає розділення систем і моделей систем охорони здоров'я, що базується на різних соціально-економічних засадах, а саме на джерелах засобів забезпечення системи охорони здоров'я [18]. Сучасна реформа охорони здоров'я базується саме на даному розділенні. Однак, сьогоденна система охорони здоров'я за основними ознаками не відноситься до жодної з перерахованих вище моделей, оскільки минулими роками вона безповоротно втратила ознаки соціалістичної, але все ще не набула властивостей страхової.

Прикладом організації системи охорони здоров'я, заснованого на принципах «держави добробуту», спостерігається у скандинавських країнах. Більшість вчених відзначають, що скандинавська модель базується на таких загальних цілях соціальної політики, як зміцнення солідарності і збільшення рівності, що досягається шляхом за рахунок всеохоплюючої та універсальної політики високої якості [15, с. 37].

Однак, навіть у Швеції існує практика співоплат. Сюди входить оплата пацієнтами відвідувань лікаря, оплата за перебування в лікарні і вартість медикаментів. Розмір оплати відвідування лікаря може бути різним в різних окружних радах, але максимальна сума встановлюється тільки урядом.

Приватна практика в більшості країн ЄС – це надання медичної допомоги поза межами існуючих державних програм, які фінансуються з державних джерел (бюджет або обов'язкове страхування). Але практично всі надавачі медичних послуг, особливо в первинній ланці, є самостійними юридичними особами, які на умовах контракту співпрацюють з фінансуючими структурами, як державними так і приватними. Лише невелика частина приватної медичної допомоги отримує фінансування через приватне медичне страхування, або безпосередньо пацієнтами медичних послуг.

Сучасні виробники медичних послуг в Нідерландах – це приватні організації. Існуючим винятком з цього є медичні організації, власником яких є місцеві органи влади, перед якими існують певні завдання в галузі охорони здоров'я.

Дуже цікаві зміни в охороні здоров'я протікають в Іспанії, де проходить процес децентралізації та фінансування охорони здоров'я при чому паралельно йде інтеграція всіх суспільних ресурсів в одну загальнонаціональну систему охорони здоров'я. Здійснюється плавний перехід від податкової моделі (фінансування на 98 % здійснювалося з податків) до нової моделі, яка орієнтована на систему соціального страхування здоров'я, якої зараз складає понад 70 % всіх витрат на охорону здоров'я. На даний час до обов'язкових завдань розподілу пацієнтів, своєчасної діагностики та лікування додалися профілактика, зміцнення здоров'я, амбулаторна та стаціонарна реабілітаційна допомога, а також завдання визначення основних потреб населення і планування територіально всіх видів допомоги [3, с. 65].

А от у деяких індустріально розвинених капіталістичних країнах в системі охорони здоров'я не завжди спостерігаються позитивні зміни. Проводячи аналіз публікацій, можна помітити такі оцінки: «... через часткову ліквідацію державної мережі охорони здоров'я бельгійським пацієнтам доводиться оплачувати з особистих доходів приблизно 25 % вартості перебування в лікарні, в той час як раніше – лише 10 %. У найбільшій державній лікарні Антверпена близько третини пацієнтів не може оплатити свої рахунки ...» [11].

Існує брак жіночих консультацій для вагітних, які не мають медичної страховки (основна частка це біженці і мігранти) в головній державній лікарні Брюсселя. Це призводить до збільшення смертності породілля та смертності малюків після пологів у шість разів [12].

Важливо відмітити, що UNICEF визнає, що дитяча смертність на Кубі в 17 разів нижча, ніж у середньому в світі [18]. На початку 90-х років Куба витратила на охорону здоров'я не менше 9,1 % свого бюджету. У країні існує найвище в світі число лікарів на душу населення (5,3 на 1000), при цьому більше 80 % медикаментів країна виробляє сама [17].

Якщо ставити за мету, то ідеальні цілі в галузі охорони здоров'я, яких прагнуть досягти економічно розвинені країни [2]:

- забезпечення своєчасної адекватності допомоги та справедливого розподілу при забезпеченні доступу до послуг;
- захист фінансів пацієнтів;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна ефективність;
- наявність свободи вибору для споживача;
- автономія при наданні послуг постачальником

Аналітики пов'язують розвиток значної більшості національних систем охорони здоров'я з ослабленням існуючих державних функцій щодо наявного забезпечення медичного обслуговування і пророкують появу соціальних інститутів, що здійснюють всеоб'ємну організацію та управління споживанням медичної допомоги [14].

Потрібно розставити акценти, що модернізацію національних систем охорони здоров'я будуть визначати три найбільш значущі тенденції [1, с. 3]:

- уніфікація стандартів у надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- постійний розвиток ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- рішення ексклюзивних внутрішніх проблем з регулювання частки видатків, необхідних на медичне обслуговування громадян.

1.3 Теоретичні основи формування системи охорони здоров'я у регіоні

Проблеми сучасного розвитку закликають до переорієнтації соціально-економічної політики держави у галузі охорони здоров'я, освіти, житлово-комунального та сільського господарства, що обґрунтовується формуванням різноманітних спеціалізованих національних проєктів. При врахуванні глобальності проблеми в масштабах всієї країни необхідно пам'ятати про суттєві відмінності регіонів за соціально-економічними та демографічними показниками, а значить про диференційований підхід до розгляду можливостей системи охорони здоров'я. Тому регіональна соціально-економічна політика держави має бути спрямованою на забезпечення розвитку у регіонах сфер охорони здоров'я, освіти, культури, торгівлі та громадського харчування, соціальних гарантій, підготовки й перепідготовки кадрів, для досягнення вищого рівня зайнятості працездатного населення тісного взаємозв'язку з соціально-економічною політикою країни та комплексними цільовими програмами її реалізації.

Охорону здоров'я слід розуміти як сукупність галузей та організацій, які спрямовані на задоволення потреб населення з охорони здоров'я, оскільки саме ця сфера забезпечує створення умови для відтворення людини з метою продовження роду, підтримки та покращення її здоров'я. На жаль, наша держава поступається багатьом розвиненим країнам за найважливішими показниками здоров'я, що знаходить своє відображення в одній із головних причин «неефективності вітчизняної охорони здоров'я».

Галузь охорони здоров'я у регіонах має можливість отримати додатковий імпульс для поступального руху, задіяли способи та інструменти управління, що відповідають тенденціям поточного стану. Саме тому проблеми сучасного стану системи охорони здоров'я є актуальними та цікавими.[22]

При вирішенні таких важливих питань щодо підвищення рівня життя населення потрібен соціально-економічний аналіз стану регіональних систем

охорони здоров'я з метою розробки політики регіону в даному напрямку; необхідно узгодити питання організації охорони здоров'я між регіональними органами управління охороною здоров'я та місцевого самоврядування; при плануванні обсягів медичної допомоги обов'язковий облік думки регіональних та муніципальних органів управління охороною здоров'я. Також невід'ємною частиною цього процесу є регулярна оцінка ефективності діяльності регіональних та муніципальних систем охорони здоров'я на основі системного моніторингу.

Як відомо, регіони виступають у ролі об'єктів вкладення економічних ресурсів з метою отримання соціально-економічних результатів у перспективі у формі не лише зростання валового регіонального продукту, а й підвищення якості життя населення. Отже, регіони слід як економічні системи пріоритетного інвестування соціально-орієнтованих програм. Розробка різних цільових програм розвитку системи охорони здоров'я для регіону повинна спиратися на науково-методичні обґрунтування перспектив розвитку при обов'язковому обліку закономірностей і тенденцій, що склалися.

Проблеми охорони здоров'я людини, профілактики та лікування захворювань набуває особливої важливості у загальнонаціональному плані. Тут належна увага приділяється потребам, потребам та можливостям самого регіону. Дане відношення обумовлено тим, що категорію «здоров'я» необхідно розглядати саме як одну з першорядних потреб будь-якої людини, найважливішу основу для гармонійного розвитку особистості творчості, праці, самопізнання та самореалізації.[27]

Охорона здоров'я є складною динамічною функціональною системою, що впливає на соціальні, економічні, політичні, науково-технічні та інші процеси в соціумі. Охорона здоров'я можна розуміти як важливий вид соціальної діяльності, що впливає на всі сфери економіки та відображає ряд показників рівня якості життя населення, а також відтворення населення, що сприяє збільшенню наукових благ за допомогою зниження часу непрацездатності, смертності та інвалідності громадян. Об'єднуючим елементом національного багатства є саме здоров'я, оскільки воно є необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства та процвітання нації.

Такі показники здоров'я дозволяють визначити ступінь соціально-економічної комфортності та демократичності суспільства, відповідно до його добробуту[18]. «Охорона здоров'я» характеризується діяльністю, пов'язаною, насамперед, з організацією та наданням медичних послуг населенню. У цьому аспекті охорона здоров'я є взаємозв'язком медичних установ та організацій. А «охорона здоров'я», у свою чергу, є діяльністю як медичних організацій та установ, так і широкого кола інститутів:

- служб охорони навколишнього середовища;
- профілактичних центрів;
- наукових інститутів;
- навчальних інститутів;
- санітарно-епідеміологічних служб;
- курсів з підготовки та перепідготовки медичного персоналу.

Сформовані тенденції в політичному та економічному житті України в попередні десятиліття зумовили такі явища, як депопуляцію населення, що виражається в низькому рівні народжуваності та високому рівні смертності, негативно вплинули на медико-демографічну ситуацію в країні та розкрили проблему збереження здоров'я людини та збільшення її активного довголіття до тих, які визначають перспективи подальшого розвитку держави.

Регіонально-економічні системи охорони здоров'я складаються з поєднання функціонально-структурних підсистем різних рівнів, об'єднаних системоутворюючими зв'язками, комплексноутворюючими відносинами та спільною метою розвитку. У їх складі можна виділити такі підсистеми, як: виробниче, демографічне, природне середовище, соціальне, інституційно-інфраструктурне, виробничо-інфраструктурне, політичне середовище, екологічне, духовне середовище та ресурсне, - всі вони спрямовані на досягнення єдиної мети – задоволення стійкістю природного середовища .

На систему регіональної охорони здоров'я впливають різні фактори, до них слід зарахувати:

- рівень охорони здоров'я у країні;
- умови праці;
- реальний спосіб життя населення;
- житлові умови;
- генетичні фактори;
- якість навколишнього середовища;
- розвиненість інфраструктури регіону;
- доступність у придбанні товарів та послуг.

Ефективність функціонування регіонально-економічних систем залежить від грамотного управління цими системами. Кожна з таких систем має свої специфічні функціональні особливості, які можуть ефектно розвиватися тільки за наявності факторів, що утворюють центри розвитку. Консолідація регіональних зусиль реалізується за допомогою створення мезорівневих інфраструктур. Отже, можна виділити такі специфічні сторони функціонування регіональної охорони здоров'я:

- соціально-економічний аспект у галузі охорони здоров'я у регіонах, який передбачає облік обсягів медичної допомоги, що надається медичними установами одних муніципальних утворень мешканцям інших муніципальних утворень;
- питання організації охорони здоров'я;
- планування обсягів медичної допомоги за участю регіональних та муніципальних органів управління охорони здоров'я;
- оцінка ефективності діяльності муніципальних систем охорони здоров'я на основі системного моніторингу.

Прорес управління системою охорони здоров'я тісно пов'язаний з виконанням функцій планування, організації координації, мотивації, контролю, фінансування і спрямований на досягнення намічених цілей. Механізм управління і є взаємодія між усіма учасниками системи на основі інтеграції структур управління, їх адаптації до ситуаційних показників і включає раціональне використання всіх необхідних ресурсів: фінансових, трудових, правових, методичних, інформаційних, інтелектуальних та ін [15]

Незважаючи на схожість критеріїв та універсальність підходів до управління у різних галузях діяльності держави, системі охорони здоров'я притаманні свої особливості та, насамперед, це обумовлено регіональною приналежністю. Відсутність спеціальних управлінських технологій, що враховують регіональні особливості, та неповнота статистичних даних не дозволяють у повному обсязі оцінити перспективи розвитку системи охорони здоров'я з боку управлінських функцій та стратегічного планування. Дослідження у цій сфері здійснюються за непрямими критеріями, або мають супутній характер щодо основних проблем медицини. Тому дослідження кореляційних залежностей між функціями управління, тобто планування, організація, мотивація, контроль, і результат ефективної діяльності системи охорони здоров'я (коефіцієнт загальної захворюваності, коефіцієнти захворювань за «соціальними» хворобами, показники захворюваності за категоріями населення, статтю та віковими характеристиками) являють собою особливий інтерес.

В даний час у рамках стратегічного управління системою охорони здоров'я активно використовується організаційно-економічна модель, що передбачає побудову різнорівневої загальнодоступної медицини з чітко визначеним функціональним призначенням та ресурсним забезпеченням організацій та установ кожного рівня. У такій моделі медичне обслуговування є єдиним лікувально-профілактичним проресом, причому функції кожної з ланок проресу не дублюються, а відомості про стан здоров'я населення акумулюються в одному місці. Тут модель передбачає:

- 1) зміну інфраструктури;
- 2) запровадження економічно обґрунтованих вертикальних технологій та ін.

Організаційно-економічна модель передбачає задоволення населення у доступній та якісній медичній допомозі чи послуги, а також запровадження нових форм роботи. Зазначена модель розробляється на основі програмно-цільового методу стратегічного планування, який, у свою чергу, створює програми на базі комплексу соціально-економічних, господарських та подібних заходів, що

забезпечують ефективне вирішення конкретних завдань, обмеженої за ресурсами, термінами та виконавцями здійснення.

Для української охорони здоров'я головною метою є створення стійкої системи, в якій різні механізми сприятимуть розвитку здорового потенціалу країни, де держава виступає гарантом здоров'я громадян і прагне забезпечити доступність та якість медичної допомоги та послуг для всіх верств населення. Так можна виділити такі особливості системи регіональної охорони здоров'я:

- охорона здоров'я є цілісною системою, спрямованою на реалізацію інтересів держави та її населення. Регіональна охорона здоров'я прагне задовольнити потреби з використанням наявного потенціалу та обмежених ресурсів;

- охорона здоров'я як основний фактор досягнення національного багатства взаємопов'язана з усіма сферами соціально-економічного життя людей. Регіональна охорона здоров'я – особлива система, постійно прагне досконалості, як у інших систем, і сама собою;

- рівень розвитку регіональної охорони здоров'я вважається запорукою досягнення високих соціально-економічних показників, тобто є індикатором розвитку галузей виробництва матеріальних благ та демографічних параметрів як у регіоні, так і в країні в цілому;

- побудова регіональної концепції розвитку охорони здоров'я є дієвим способом при вирішенні регіональних проблем, охорона здоров'я показує та регулює прореси регіонального розвитку, використовуючи відомі механізми оцінки, координації та контролю;

- розвиток регіональної охорони здоров'я сприяє розширенню можливостей у пізнанні соціально-економічних проресів.[28]

Таким чином, поточний народно-господарський комплекс України має складну галузеву структуру, яка на сьогоднішній день докорінно перебудовується у бік соціологізації. Проте у разі пріоритетного розвитку галузей, які виробляють товари для населення, найважливішою ланкою галузевої структури є охорона здоров'я. Регіональні системи охорони здоров'я включають вивчення регіональних

соціально-економічних, фінансово-кредитних відносин та процесів формування та функціонування цих систем. Тут особливу важливість набуває територіальної прив'язки і тому особливості того чи іншого регіону накладають додаткові умови, які необхідно враховувати при реалізації національних проектів як стратегічних завдань.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

2.1 Соціально-економічні особливості Сумського регіону

Сумська область — область у північно-східній частині України. Датою створення можна вважати 10 січня 1939 року. Місто Суми є центром.

Площа складається 23,8 тис. км², населення — 1164,6 тис. мешканців, із них 783 978 (66,7 %), міські і 380 641 сільського на 1 жовтня 2010 року (1975 — 1452 000 мешканців, у тому числі 696 тис. міського і 756 000 сільського). Національний склад за переписом 2001: українців — 88,8 %, інші — 1,8 %. 15 міст, 20 смт, 1 721 сіл. населених пунктів; 5 районів, 36 об'єднаних територіальних громад

Індекс промислової продукції за підсумками січня-листопада 2021 року проти відповідного періоду попереднього року склав 101,8%, у тому числі у добувній промисловості – 100,8%, переробній промисловості – 101,5%, постачанні електроенергії, газу, пари, кондиційованого повітря – 107,8%.

У переробній промисловості спостерігається зростання металургійного виробництва разом із виробництвом виробів готової металевої продукції (+21,9% проти січня-листопада 2020 року), гумових і пластмасових виробів, іншої неметалевої мінеральної продукції (+15,5%), хімічних речовин і хімічної продукції (+10,1%), виробів з деревини, паперу (+1,5%).

Поряд з цим скоротилось машинобудування (-4,6%), текстильне виробництво, виробництво одягу, шкіри, виробів зі шкіри та інших матеріалів (-3,8%), харчових продуктів, напоїв (-1,7%).

Підприємствами промисловості в січні-листопаді 2021 року реалізовано продукції (робіт, послуг) на суму 54,1 млрд гривень (+31,3% проти відповідного періоду 2020 року). Індекс сільськогосподарської продукції в господарствах усіх категорій за підсумками січня-листопада 2021 року проти відповідного періоду 2020 року склав 89,5%, у тому числі в господарствах населення – 91,6%, підприємствах – 89% [4].

При цьому виробництво продукції рослинництва зменшилось проти січня-листопада 2020 року на 11,1%, тваринництва – на 5,7%.

Станом на 01.12.2021 в усіх категоріях господарств поголів'я великої рогатої худоби скоротилось проти аналогічної дати 2020 року на 11,6% і становить 123 тис. голів (у тому числі корів – на 8,8% до 62,5 тис. голів), свиней – на 14,5% (93,9 тис. голів), птиці – на 2% (4,9 млн голів).

Станом на 01.12.2021 рівень розрахунків за спожиту електричну енергію перед ТОВ «Енера Суми» склав 97,7%, загальний борг споживачів збільшився порівняно з початком 2021 року на 53,1 млн гривень (+44%) та становить 173,9 млн гривень. У січні-листопаді 2021 року обсяги спожитої електроенергії склали 1,2 млрд кВт-год (-37,7% проти відповідного періоду 2020 року).

У січні-листопаді 2021 року підприємствами області вироблено будівельної продукції (виконано будівельних робіт) на суму 1,6 млрд гривень (-8,1% проти відповідного періоду 2020 року).

Будівництво будівель проти січня-листопада 2020 року зменшилось на 13,9% (у тому числі житлових – на 25,7%, нежитлових – на 9,8%), інженерних споруд – збільшилось на 11,7%.

Нове будівництво становить 38,9% від загального обсягу виробленої будівельної продукції, ремонт (капітальний та поточний) – 46,2%, реконструкція та технічне переоснащення – 14,9%.

Протягом січня-вересня 2021 року в області прийнято в експлуатацію 89,1 тис. кв. метрів загальної площі житлових будівель, що у 2,1 раза більше проти відповідного періоду 2020 року.

У січні-жовтні 2021 року зовнішньоторговельний оборот товарів склав в області 1,5 млрд доларів США (+6,9% проти відповідного періоду 2020 року). Експорт зріс на 12,7% та становить 817,5 млн доларів США, імпорт – на 0,8% та становить 695,4 млн доларів США.

Сальдо зовнішньої торгівлі позитивне та складає 122,1 млн доларів США (січень-жовтень 2020 року – 35,5 млн доларів США).

Коефіцієнт покриття експортом імпорту становить 1,18 (січень-жовтень 2020 року – 1,05).

Зовнішньоторговельні операції товарами, як і у січні-жовтні 2020 року, область здійснювала з партнерами з 125 країн світу.

Обсяг експорту товарів до країн Європейського Союзу збільшився проти січня-жовтня 2020 року на 26,9% і склав 279,8 млн доларів США (34,2% від загального обсягу); імпорту товарів із країн Європейського Союзу – на 27,7% і склав 288,5 млн доларів США (41,5%).

У загальному обсязі експорту товарів найбільші поставки здійснювались до Китаю – 9,1%, Білорусі – 5,7%, Німеччини – 4,5%, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії – 4,3%, Румунії – 4,1%, Єгипту – 4%, Нідерландів – 3,7%, Туреччини – 3,4% тощо.

Найвагоміші імпортні поставки товарів надходили з Німеччини – 12,5%, Польщі – 10,8%, Китаю – 9,6%, Казахстану – 8,1%, Туреччини – 6,8%, США – 6%, Італії – 5,3% тощо.

Основу товарної структури експорту склали продукти рослинного походження – 28%, готові харчові продукти – 21,2%, механічні та електричні машини – 11,8%, недорогоцінні метали та вироби з них – 8,9%, полімерні матеріали, пластмаси та вироби з них – 8,5%.

Основу товарної структури імпорту склали готові харчові продукти – 21,8%, продукція хімічної та пов'язаних з нею галузей промисловості – 17,9%, недорогоцінні метали та вироби з них – 11,6%, механічні та електричні машини – 11,1%, полімерні матеріали, пластмаси та вироби з них – 9,3%, засоби наземного транспорту, літальні апарати, плавучі засоби – 7,9%.

У листопаді 2021 року індекс споживчих цін на товари та послуги в області склав 110,2% до грудня попереднього року (аналогічний показник 2020 року – 103,4%), по Україні – 109,4% (104,1%); індекс цін на продукти харчування і безалкогольні напої – 113,3% (103,3%), по Україні – 111,4% (103,2%).

За підсумками січня-листопада 2021 року оборот роздрібної торгівлі склав 24,5 млрд гривень (+10,1% у порівняних цінах проти січня-листопада 2020 року).

У січні-листопаді 2021 року відкрито та відновлено роботу 212 підприємств роздрібної торгівлі (+40 підприємств проти відповідного періоду 2020 року), 44 закладів ресторанного господарства (+12), 37 закладів побутового обслуговування населення (+8).

Станом на 01.01.2021 в області зареєстровано 42,3 тис. суб'єктів малого та середнього підприємництва (+651 одиниця проти аналогічної дати 2020 року), з них підприємців-фізичних осіб – 36,2 тис. одиниць (+777 одиниць), середніх підприємств – 412 одиниць (-6 одиниць), малих підприємств – 5,7 тис. одиниць (-119 одиниць).

У Сумській обласній державній адміністрації налічується 8 регуляторних актів, районних державних адміністраціях – 4. Районними державними адміністраціями новоутворених районів переглянуто 28 регуляторних актів (з них на цей час втратили чинність 24 регуляторні акти).

Станом на 01.12.2021 у державній службі зайнятості зареєстровано 10 тис. безробітних осіб, що на 41,9% менше, ніж на початок 2021 року.

Протягом січня-листопада 2021 року за направленням служби зайнятості працевлаштовано 13,8 тис. безробітних осіб, у тому числі одноразову допомогу по безробіттю для організації підприємницької діяльності отримали 13 осіб; проходили професійне навчання 2,9 тис. осіб; до виконання громадських, інших робіт тимчасового характеру залучено понад 1 тис. осіб.

За даними моніторингу, у січні-листопаді 2021 року в області створено 7777 нових робочих місць.

Станом на 01.12.2021 медичну допомогу населенню надають 90 юридично самостійних закладів, у тому числі 21 обласний і 16 міських закладів, 4 міські стоматологічні поліклініки, 4 центральні районні та 5 селищних лікарень, 17 лікарських амбулаторій, 23 центри первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, у структурі центральних районних, міських, селищних лікарень, центрів

первинної медико-санітарної допомоги функціонують 157 лікарських амбулаторій, 363 фельдшерсько-акушерські, фельдшерські пункти, пункти здоров'я.

У рамках Урядової програми «Доступні ліки» за січень-листопад 2021 року виписано 1,2 млн електронних рецептів (відпущено аптеками медикаментів за 87,1% рецептів).

Порівняно з січнем-листопадом 2020 року в області спостерігається зменшення смертності від туберкульозу (з 6,7 до 5,6 на 100 тис. осіб) та малюкової смертності (з 7,3 до 6,1 на 1 тис. народжених живими). Поряд з цим зросла захворюваність на туберкульоз – з 28,5 до 32,9 на 100 тис. осіб, СНІД – з 3,6 до 5,8 на 100 тис. осіб та смертність від СНІДу – з 1,3 до 1,7 на 100 тис. осіб.

В області підписано 931,8 тис. декларацій між пацієнтами та лікарями (88,4% населення)

2.2 Аналіз показників діяльності Центральної міської клінічної лікарні Сумської міської ради

«Центральна міська клінічна лікарня» Сумської міської ради - це комунальне некомерційне підприємство, яке знаходиться за адресою: Україна, 40021, Сумська область, місто Суми, вулиця 20 років Перемоги, 12. Лікарня заснована в 1974 році. На даний час директорка Домінас Валентина Михайлівна.

Власником та засновником являється Сумська Міська Рада

Таблиця 1

Основні фінансові показники діяльності КНП «ЦМКД» СМР

Найменування показника	2019 рік	2020 рік	2021 рік
Чистий дохід (реалізація товарів та послуг)	50 701,00	131 484,20	180 714,40
Послуги, отримані за програмою медичних гарантій	50 701,00	131 484,20	180 714,40
Інші операційні доходи (цільове фінансування)	96 364,70	35 655,10	15 404,90
Інші доходи	2 062,70	2 131,80	3 950,00
Доходи вцілому	149 128,40	169 271,10	200 069,30
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	50 701,00	125 070,00	174 226,00
Інші операційні витрати	96 364,70	37 720,60	17 904,90
Інші витрати	2 062,70	6 480,50	7 938,40
Разом витрати	149 128,40	169 271,10	200 069,30
Разом виплат до бюджетів усіх рівнів та соціальних фондів	38 495,80	40 562,50	52 625,40
Надходження коштів: від основної діяльності	147 065,70	167 139,30	196 119,30

Усього активи	71421,1	71421,1	71421,1
Власний капітал	227098,2	227098,2	227098,2
Витрати на оплату праці	93 702,0	102 871,3	129 509,0
Витрати на заробітню плату в місяць в середньому одного працівника (грн.)	5 308,3	5 835,7	7 346,8

Отже, аналізуючи таблицю 1, можемо зробити висновки, що на протязі трьох років фінансова діяльність підприємства покращилась.

«Центральна міська клінічна лікарня» Сумської міської ради – це сучасний багатопрофільний медичний заклад, що надає широкий спектр медичних послуг: від амбулаторних до стаціонарної хірургічної та паліативної допомоги. Основними пріоритетами є підвищення якості надання медичної допомоги, впровадження сучасних технологій у лікування та перехід на кращі побутові умови під час перебування пацієнта на лікування

У 1974 році було засновано Центральну міську лікарню, яка була прабатьком нинішньої лікарні. Із часом прийшли зміни, лікарня декілька разів змінювала назву, розширювалася, відокремлювалися деякі підрозділи та на даний час складається із 13 стаціонарних відділень, двох поліклінік та амбулаторно ортопедо-травматологічне відділення. Щорічно надається допомога близько 12 тисячам стаціонарних хворих, проводиться понад чотири тисячі різноманітних хірургічних втручань. Штат лікарні налічує більше сіми сотен співробітників.

В 1992 року був створений медичний факультет СумДУ і лікарня, яка тоді називалась «ЦМЛ», стала опорною базою для навчання студентів-медиків. Завдяки цим змінам в 1998 році змінився статус лікарні - вона стала клінічною установою. Центральна міська клінічна лікарня це вищого рівня акредитації медичний заклад. Маючи в своєму штаті числену кількість працівників, лікарня може похвалитися

тим, що кваліфікації більшості із них відповідає вищій та першій категорії. Лікарський склад лікарні має у своєму штаті багатьох професіоналів високого класу, які не поступаються своїми вміннями світилам вітчизняної та закордонної медицини. В лікарні працювали та працюють доктори медичних наук – Кузьоменська М.Л., Лозова Т.А., Попсуйшапка С.К., кандидати меднаук – Сікора В.В., Кудрявцев Ю.М., Колесник В.В., Гладенко С.Є., Юсюк М.Ю [17].

Важливим досягненням в своїй роботі колектив вважає створення в 2019 році міського Центру церебро-васкулярної та серцево-судинної патології. На даний час центр складається із інсультного відділення, відділення інтервенційної та реперфузійної кардіології, нейрохірургічного та реабілітаційного відділення. У центрі працюють не просто лікарі високого класу, тут працює команда, яка складається із лікарів, сестер, реабілітологів та немедичного персоналу. У відділеннях центру надається медична допомога на передовому рівні пацієнтам із інфарктом міокарду та гострим коронарним синдромом, гострим мозковим інсультом за допомогою системної тромболітичної терапії, ендартеріальних втручань, а також відкритим оперативним доступом на головному та спинному мозку. Матеріально-технічна база закладу, кваліфікація персоналу дозволяє це робити. Допомога, яка надається в центрі відповідає міжнародному рівню.

В листопаді 2019 року лікарня визнана однією із опорних в області. Тож для мешканців міста Суми, Сумського району та просто громадян України та інших країн, у яких виникли проблеми із здоров'ям з'явилась можливість отримати невідкладну високоспеціалізовану допомогу. Отримати допомогу із гострим коронарним синдромом, порушеннями серцевого ритму, гіпертензійними кризами гострою серцевою недостатністю можуть пацієнти у відділенні інтервенційної та реперфузійної кардіології. В оснащеному сучасним обладнанням, згідно міжнародних стандартів, у відділенні проводиться цифрова коронарографія та за потребою стентування коронарних артерій, встановлення штучних водіїв ритму. В інсультному та нейрохірургічному відділеннях надається екстренна допомога пацієнтам із гострим порушенням мозкового кровообігу, проводиться рання

реабілітація. Своєчасне надання спеціалізованої допомоги дозволяє зменшити смертність та інвалідізацію від гострої серцево-судинної патології.

2.3 Виявлення проблем системи охорони здоров'я на сучасному етапі

У різних країнах світу застосовують різноманітні системи охорони здоров'я. Та не можна прийняти за стандарт любую із них через відсутність тотожності країн як у стані здоров'я населення, матеріального гаразду так і навколишнього середовища, яке його оточує. Проблеми охорони здоров'я привертають громадську увагу у багатьох країнах і вони стають джерелом протестних виступів і вимог.

Реформування охорони здоров'я стало актуальною необхідністю в Україні після проголошення незалежності країни та започаткованим її політичним, адміністративним та соціально-економічним устроєм. Однак одним із недоліків реформ галузі є необдумане механічне впровадження медичних систем інших країн без обґрунтованої, та науково-підтверженої концепції їхньої ефективності для здоров'я народу України. Враховуючи вищезазначене, спробуємо розглянути детально з причинно-наслідкових позицій започатковані в Україні головні нововведення у двох основних напрямках охорони здоров'я, які мають системне значення та потребують першочергової особливої уваги.

1 Напрямок функцій первинної профілактики націлений, на виявлення та усунення причин порушень здоров'я, що виникають під впливом несприятливих факторів навколишнього середовища. Для досягнення максимальної ефективності ресурси в цьому напрямку мають бути пріоритетними та достатніми. Але, виконання державою, точніше самоусунення держави та МОЗ від виконання професійного санітарно-епідеміологічного нагляду та контролю за об'єктами господарської діяльності та спроба перевести останніх на режим самонагляду та самоконтролю. Через війну бачимо ознаки ослаблення профілактичної діяльності. Як свідчать ЗМІ, порушення санітарних правил та вимог гігієни стали постійними причинами випадків масових харчових токсикоінфекцій, отруєнь та інших

захворювань у навчально-виховних закладах у місцях літнього відпочинку, громадського харчування, у побуті. Звгрозливими стали повідомлення про епідемічні спалахи (особливо серед дітей) захворювань на кір, коклюш, дифтерію, грип, вірусний гепатит. І це в умовах «бооротьби» із COVID-інфекцією. Високими залишаються ризики захволюваності на особливо інші інфекції із високими фатальними наслідками. Як «червоний прапорець» це зростання захворюваності на туберкульоз. За умови занедбання галузі санепідслужби, відсутності професійного санітарного нагляду в різних галузях зростатиме також і неінфекційна захворюваність. Чому саме гігієна стала об'єктом таких дивних перетворень — ніхто з батьків реформ докладно не пояснив. Підсумуючи вищенаведене зміни санітарно-епідеміологічних функцій не назвеш зрозумілими та необхідними реформами. Вони є помилковими в багатьох пунктах і підлягають перегляду.

2 Напрямок функцій відновлення порушеного здоров'я та вторинної профілактики його ускладнень зобов'язаний вирішувати проблеми не причин, а наслідків, що виникають у результаті недостатнього виконання профілактичних функцій і постійно накопичуються. Щоб забезпечити своєчасне виявлення, лікування та реабілітацію людей з порушеним здоров'ям, потреба у функціях цього напрямку постійно зростає. Відповідно зростає потреба у збільшенні фінансування. Започаткована на цьому фоні реформа амбулаторно-поліклінічної допомоги дозволяє заощадити велику частину бюджетних коштів. Вона стає двоетапною. На першому – сімейним лікарем загальної практики надається первинна медична допомога. Спеціалізована медична допомога стає доступною для пацієнтів лише на другому етапі і лише за направлення від сімейного лікаря або в ургентному стані. Вільний вибір пацієнтами сімейного лікаря загальної практики та оплата праці останнього залежно від кількості пацієнтів дозволяють вважати нововведену форму послуг доцільною як з медичної, так і з економічної точок зору. Завдяки реформі сімейний лікар починає працювати за правилами бізнесу на пацієнтах. Якщо якість нових форм медичної допомоги буде високою, а відновлення здоров'я пацієнтів

більш ефективним, то таку реформу можна вважати за доцільну. Переконатись у цьому дозволить лише багатотривалий період роботи за новими правилами.

Надихаючими сприймаються реформи у сільській місцевості. Про це говорить розпочаті проекти створення в селах та невеличких містечках нових амбулаторій сімейної медицини, забезпечення їх сучасним та різноманітним медичним обладнанням, автотранспортом та комп'ютерними обладнанням та технологіями. Перспектива розвитку та модернізації роботи амбулаторій, висока заробітна плата сімейного лікаря та забезпечення його житлом відкривають шлях для переходу до більш кваліфікованої діяльності [8].

Охорона здоров'я - це складна, різнонаправлена та інтегрована до кінцевої мети система діяльності. Тому керувати такою системою вкрай непросто і вона вимагає додаткових професійних знань як у сфері соціології, психології і менеджменту. Насамперед, у провідного керівного складу, які відповідають за стан здоров'я населення. Сьогодні, за умов децентралізації, менеджмент головного лікаря чи директора району чи міста буде, мабуть, таким, щоб системно об'єднувати та виконувати на своєму рівні функції, властиві державному рівню, тобто. дбати не лише про відновлення, а й попередження порушень здоров'я. У сучасних умовах необхідні реформи, спрямовані на покращення кастингу, підвищення кваліфікації та професійної придатності керівних кадрів як у МОЗ, так і на місцевому рівні.

До цього часу залишається до кінця не визначеною роль держави. Не можна ігнорувати проблеми охорони здоров'я. Особливо у галузі профілактики, де її роль є вирішальною та ніким, крім держави, реалізованої ефективно бути не може. Але аналізуючи дії державних органів при пандемії SARS-CoV-2 не можна не помітити, що ці дії були часто незрозумілі та протиречили самі собі. Як приклад, введення жорсткого карантину при поодиноких випадках захворювання, відсутність контролю та системи покарання за порушення карантинних норм.

Важлива роль у забезпеченні взаємодії різних підрозділів охорони здоров'я, що реалізуються сьогодні не лише за рахунок державного бюджету, а й інших джерел фінансування. Державним повинен залишатися професійний санепідгляд

як невід'ємна частина основних медичних функцій, що визначають ефективність системи охорони здоров'я. Вибір систем медичної допомоги та професійна кадрова політика у галузі є важливими прерогативами держави.

До реформування охорони здоров'я повноцінний системний підхід цих державних структур стає вкрай необхідним, щоб своєчасно зрозуміти і не допустити помилок, які важко виправити, в цій життєво десперечно важливій галузі діяльності. Така діяльність не повинна бути стихійною та обмежуватися лише показниками задоволення потреб населення у лікарських засобах, консультаціях, госпіталізації чи індивідуальних хірургічних втручаннях, як наприклад. Потрібно пам'ятати, що головними критеріями її оцінки вважаються в усіх країнах кінцеві результати, що свідчать про стан здоров'я населення (рівні народжуваності, захворюваності, дитячої смертності, тривалість життя). Цими загальноприйнятими критеріями ВООЗ необхідно керуватися в Україні та при проектуванні реформ у системі охорони здоров'я. Для постійної оцінки рівня медичної допомоги населенню в країні вони мають бути постійно в засобах масової інформації та всієї спільноти [11]

РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ЗАХОДИ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я

Організація ефективного управління системами охорони здоров'я пов'язана із виконанням низки завдань, у т.ч. наступних: стратегічний контроль цілей та пріоритетів; генерування інформації та проведення аналізу, що дозволяють відстежити досягнення цілей; розробка правил, політики та проресів, що забезпечують розвиток системи у потрібному напрямку; створення та зміцнення співробітництва в системі охорони здоров'я та за її межами.

Закріплення у національному законодавстві права на отримання медичної допомоги відповідно до потреб – значущий крок у забезпеченні послугами в охороні здоров'я. Досвід показує, що зобов'язання, прийняті вирішення, часто не виливаються у розширення доступу до якісної допомоги. Наступний важливий крок у зв'язку з цим – створення національного органу, відповідального за моніторинг та підвищення якості. В ідеалі такий орган повинен не залежати від страховиків та постачальників медичних послуг, але має бути уповноважений збирати, систематизувати, аналізувати та оприлюднювати інформацію про якість та результати роботи суб'єктів в системі охорони здоров'я. Він також може розповсюджувати інформацію про успішний досвід окремих постачальників та допомагати постачальникам, які демонструють низькі показники, усунення причин таких розбіжностей.

Людиноорієнтовність має на увазі, що в охороні здоров'я забезпечують:

- безперервність надання допомоги від профілактики до паліативу між службами (наприклад, інтенсивна терапія та радіологія), а також між рівнями допомоги (від первинної до спеціалізованої) протягом усього життя;

- координацію між різними рівнями та установами допомоги таким чином, який буде відповідати конкретним потребам окремих людей та доглядачів за ними;
- комплексність, тобто розширення видів допомоги – від зміцнення здоров'я до паліативу, – те чого чекає особа та його родина

Часто системи охорони здоров'я не можуть надавати допомогу, орієнтовану на людей, тому що приділяють дуже багато уваги лікуванню захворювань замість профілактики та зміцнення здоров'я та благополуччя. У зв'язку з інвестиціями та концентрацією ресурсів пріоритет у системі надається спеціалізованій допомозі. Система первинної допомоги може бути посередником між спільнотою з його потребами та системою охорони здоров'я, тобто, виконувати розширену роль координатора, яка необхідна для надання допомоги, орієнтовану на кожну особистість чи спільноту Як важливий спосіб зберегти орієнтованість допомоги на людей та забезпечити якісний баланс первинних та вторинних послуг – це публікація регулярних звітів про результативність кожного суб'єкта системи охорони здоров'я [10].

Допомога, орієнтована на потреби людей, це наймовірно важлива точка входу у систему охорони здоров'я, через яку можливе підвищення якості медичних послуг. Завдяки їй до прийняття рішень залучаються пацієнти, що стосуються надання їм допомоги, та мають можливість вільно висловити свою думку щодо її результатів. Вона дає можливість якісно проаналізувати розбіжності у показниках здоров'я населення, які обслуговується різними постачальниками різних форм власності, та сприяє зростанню інвестицій у розвиток охорони здоров'я.

Крім того, вона забезпечує прозорість та можливість вивчення досвіду у випадках, коли допускаються помилки при наданні допомоги, і сприяє прийняттю багатьох інших заходів підвищення якості медико-санітарної допомоги. Як стверджує спеціаліст з якості медико-санітарної допомоги Donald Berwick: «Орієнтованість на потреби людей – це не просто один із аспектів якості медико-санітарної допомоги, але ключ до всіх її характеристик» [16].

На 69-й сесії Всесвітній асамблеї охорони здоров'я у травні 2016 року, яка проходила в Женеві, був прийнятий механізм комплексного, орієнтованого на людей медичного обслуговування. «Всі люди мають рівний доступ до якісних послуг охорони здоров'я, які виробляються спільно таким чином, що забезпечує задоволення їх потреб протягом усього життя». Цей механізм закликає до постійної координації послуг протягом усього циклу надання допомоги та генерування підтримуючого середовища, яке допомагатиме сторонам, які надають допомогу, практикувати навички та використовувати ресурси, в яких вони потребують. Пропонується чотири основних стратегічних напрямів, що пов'язані між собою, на переорієнтування послуг та систем охорони здоров'я з метою реалізації даного бачення [13]:

1. Створення гарних умов;
2. Посилення проресів управління;
3. Переорієнтація моделі допомоги;
4. Координація послуг.

3.2 Шляхи підвищення рівня якості надання послуг в медичному закладі

Удосконалення системи якості медичної допомоги представляє собою основну умову, що допоможе в досягненні цілей систем охорони здоров'я, пов'язаних із фізичним та психічним здоров'ям людей, як кожного особисто так і соціуму, та здатністю системи охорони здоров'я реагувати на щоденні потреби споживачів. Досягнути високих результатів системі охорони здоров'я допоможуть якісні та кількісні зміни, що приведуть до створення вчасних, ефективних, безпечних та пацієнтоорієнтованих послуг.

В наш час стрімких та постійних змін перед державною, комунальною чи приватною медичною установою виникає потреба у спілкуванні, наданні послуг та виконанні вимог багатьох сторін – пацієнтів та їх родин, керівників та власників установ, співробітників, Національної служби здоров'я України, Міністерства

охорони здоров'я в повному обсязі. Дуже важливим фактором є можливість швидко реагувати на сучасні зміни та непередбачувані обставини, розвивати пацієнторієнтованість, фокусуватися на пацієнті та створити систему покращення якості медичної допомоги.

В американських, європейських та інших країнах десятиріччями формувалися відносини між замовником послуг, надавачем послуг та пацієнтом, та багато людей прийшло до висновку, що в медицині дуже важливо акцентуватися на якості медичної допомоги та самому пацієнту, як особистості. Досвід десятиріч допоміг винайти різні стандарти оцінки якості. І на даний час світ орієнтується на стандарти ISO. Для медичних закладів економічно розвинених країн сертифікація за стандартами ISO представляє собою звичайний та природний процес. Тоді як в нашій країні медичні заклади проходять в більшості формально таку сертифікацію, причому, зміни, якими звітують, просто носять характер імітації. Як би сильно не хотілось власникам чи керівникам, не можуть відповідати наші заклади багатьом вимогам, бо був відсутній етап еволюції якості в свідомості працівників, керівництва, і в довготривалій діяльності системи охорони здоров'я. Використовуючи досвід розвинених країн та передових клінік можна поступово, крок за кроком, перейти на наступну сходинку постійного покращення якості в медичних закладах, навчити та надихнути співробітників, які будуть об'єднані спільною ідеєю, перевести процеси змін та надання допомоги всередині закладу на новий рівень та задіяти в діяльності медичного закладу всіх, зацікавлених з різних боків сторін. [26].



Рисунок 3.1. - Система управління якістю надання послуг в медичних закладах

Тож потрібно розглянути кожен складову системи управління якістю та розібратися, на якому етапі можливо впливати на які ланки:

1. Команда та лідерство в системі якісних змін. Повинні пам'ятати, що лідерство - це не влада, яка передана у спадщину, чи займана посада, це впершу чергу бажання та природне вміння залучати, заохочувати чи спонукати оточуючих до якісних змін у всьому, з чим контактуємо та покращення рівня надання медичних послуг в закладі. Таких лідерів можна знайти у будь-якому підрозділі, до них тягнуться інші люди, вони гуртують біля себе когорти однодумців, власними діями надихають та спонукають слідувати незупинному, на всіх рівнях, покращенню якості медичної та немедичної допомоги у закладі. Дуже часто таких співробітників-лідерів всі в колективі знають, прийняті рішення та зайняту платформу визнають усі.

Керівництво медичної установи незалежно від форми власності повинно усвідомити та визначити, хто та як буде відповідати за систему управління якістю.

Успішність та результативність цієї системи буде сильно залежати в першу чергу від особистих якостей менеджерів та лідерів, які відповідають за ефективну роботу системи управління якістю на рівні закладу.

То що ж необхідно змінити, які створити умови для ефективної та результативної роботи однодумців з удосконалення системи якості на рівні закладу? І відповідь тут в тому, що це повинно не вимагати значних фінансових витрат, та йтися більше про зміну способу мислення, свідомості, ставлення, поведінки. В результаті роботи даного елемента буде функціонувати спрацьована команда професіоналів, яких об'єднує однакове розуміння якості та дій, які потрібні для подальшого удосконалення. Таким чином, якість та її постійне удосконалення стає складовою звичної діяльності всього персоналу, а не тільки окремих осіб. Тому необхідно, щоб керівництво:

- Обов'язково демонструвало лідерство, послідовність та відданість для створення умов із постійного поліпшення та забезпечення якості на всіх етапах діяльності (створювало групи якості та ін)
- Створювало можливості, щоб кожен працівник міг прийняти участь у рішенні щодо покращення якості в закладі (кожен може висунути будь-яку ідею, бути впевненим, що його вислухають, та очікувати винагороди за результативні ідеї)
- Культивувало колегіальність в прийнятті рішень, щире співпрацю, добровільну взаємодопомогу та підтримка (обговорення помилок проходило без звинувачень та покарань, щоб в першу чергу попереджувати негативні ситуації в майбутньому)

2. Управління та менеджмент. В минулі часи управлінці та менеджери мали малий вплив в управлінні діяльністю охороною здоров'я. І це було в першу чергу спадщиною, що залишилась від Радянського Союзу. Втілення в Україні реформ галузі, оплати послуг за новою схемою вимагало кардинальних змін у

функціонуванні закладів охорони здоров'я. Було вирішено надати керівникам закладів в першу чергу фінансову та адміністративну незалежність для надання пацієнтоорієнтованої допомоги.

У закладі повинен функціонувати незалежний орган корпоративного управління, а виконавчий орган складався б із висококваліфікованих осіб і головне це неоднозначне розділення повноважень, чіткої підзвітності та контролю. Орган корпоративного управління повинен мати за ціль стратегічне управління діяльністю, контроль у сфері фінансів та слідкувати за дотриманням прав пацієнтів. Виконавчий орган буде керувати поточною діяльністю підприємством, виконанні поставлених цілей, вирішенні питань, які пов'язані із повсякденною діяльністю закладу.

Тож прагнення до удосконалення системи якості повинно бути в основі практично усіх управлінських рішень, як наприклад:

- Кадрова політика закладу повинна відображати пріоритети у сфері якості
- Створюється та функціонує медична інформаційна система, що забезпечує співробітників інформацією та документами, необхідними для повсякденної ефективної роботи на всіх рівнях.
- Особисті якості кандидатів при підборі персоналу на роботу потрібно брати до уваги при підборі персоналу, та важливо наскільки цінності кандидатів співпадають з цінностями колективу та самого закладу.

3. Документи з якості. Ще однією, але безумовно важливою складовою системи управління якістю в медичному закладі є документи з якості. В них повинні бути чітко прописані вимоги щодо якості надання послуг, методики дотримання та контролю виконання встановлених норм, а також неперестанного покращення. Тому потрібно в медичному закладі розробляти процедури або робочі інструкції, чи алгоритми, які б регламентували процеси закладу. Потрібен аналіз діяльності, щоб зрозуміти фактори, які мають вплив на якість, знайти слабкі місця та прогалини в наданні медичної допомоги, оцінити організаційні ризики, і в кінцевому результаті

допоможе систему управління якістю в медичному закладі вивести на новий рівень
Тож основними етапами можна вважати наступне:

- правила розробки, прийняття та використання документації заклад визначає самостійно. Такі документи необхідно постійно переглядати для забезпечення сучасності та відповідності галузевим державним та міжнародним стандартам.
- весь персонал закладу регулярно проходить навчання, із комп'ютерної грамотності (якщо є така потреба), захисту інформації, роботі із паперовими та електронними документами.
- умови надання медичної допомоги відповідають потребам різних категорій пацієнтів та їх родичам

4. Процеси постійного покращення. Щоб бути найкращим, медичному закладу в сучасних умовах потрібен інструмент для реалізації цієї дії. Як простий та ефективний приклад - цикл PDCA (Plan (плануй) -Do (роби) -Check (перевірй) -Act (дій) Демінга-Шухарта. Міжнародні стандарти з якості та особливо в медичній сфері - ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю» EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я» використовують цикл Демінга-Шухарта, який складається із чотирьох етапів, що закольцовані в своїй послідовності:

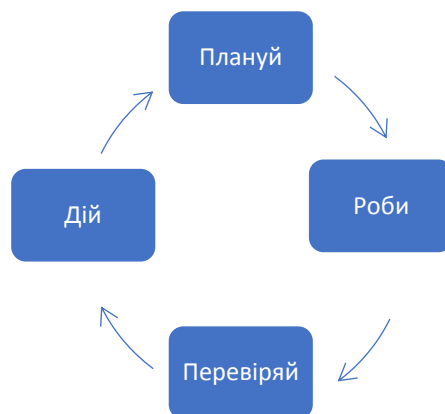


Рисунок 3.2. - Цикл Демінга-Шухарта

Ці етапи роботи присутні на рівні управління якістю медичного закладу, а також, обов'язково на рівні впровадження постанов із удосконалення системи якості. Впровадження процесів постійного покращення в свою щоденну діяльність допомагає швидко реагувати на зміни обставин, враховувати потреби як пацієнтів, так і медичного та немедичного персоналу, при розробці різноманітних послуг та внутрішніх процесів, розробляти та тестувати та втілювати кращі практики.

Щоб впровадити ефективні дії із удосконалення системи якості в медичному закладі необхідно виконати ряд умов, а саме:

- стратегія закладу обов'язково включає постійне удосконалення якості в медичному закладі та зростання задоволеності пацієнтів та їх родин
- створення груп якості та підтримка їх роботи керівництвом.
- Співробітники повинні мати доступ та час у заходах із постійного та безперервного навчання.

5. Персонал. Без залученості та достойної мотивації персоналу не будуть працювати навіть ідеальні, з усіх сторін, стандарти та чудові процеси із удосконалення якості. Мотивація – це рушійна сила, завдяки якій працює механізм покращення якості. Саме мотивація долучає працівників медичного закладу, через свою цілодобову роботу збільшують задоволеність своїх пацієнтів внаслідок отриманої допомоги.

На мотивацію працівників впливає багато факторів. Тож основними ключовими ознаками мотивації персоналу є наступні:

- в лікарні існує проста, доступна та зрозуміла усім система заохочення та винагороди співробітників за їхній вклад над удосконаленням якісних послуг в медичному закладі.
- нематеріальна мотивація працівників є невід'ємною частиною удосконалення управління якістю.

- пацієнторієнтованість є одним із пріоритетних напрямків роботи персоналу закладу.
- система наставництва для лікарів, сестер та немедичного персоналу повинна працювати у закладі для мотивації всієї роботи
- для постійного обміну досвідом із підвищення якості створені всі умови, що дозволяє впроваджувати найкращі практики..

Пацієнторієнтованість – це велика рушійна сила для залучення співробітників до процесів удосконалення системи якості послуг в медичному закладі. Кращі закордонні медичні заклади, такі як наприклад Клініка Мейо, вже давно взяли у свій арсенал різноманітні системні інструменти для розвитку цієї риси в своїх організаціях.

6. Моніторинг та оцінка якості надання послуг на всіх рівнях у медичному закладі є важливою складовою процесу безперервного удосконалення системи якості, і, мабуть основним та першочерговим джерелом інформації для багатьох сторін, що приймають участь у роботі галузі охорони здоров'я та надання різноманітної медичної допомоги: пацієнтів, власників закладів, контролюючих органів. Оцінка якості надання допомоги може бути внутрішньою (яку проводить сам заклад) так зовнішньою, коли запрошуються незалежні установи (аудиторські перевірки, акредитація, сертифікація).

Найкраще за все розробити та втілити в роботу набір індикаторів для вимірювання якості медичної допомоги, та відслідковування інших процесів із метою покращення. Ефективно функціонуюча система моніторингу і оцінки в медичному закладі створює індикатори, реалістичні та досяжні, виконання яких спрямоване на покращення якості, і всі співробітники розуміють значення цих індикаторів та прихильні до їх виконання. Тому дані є достовірними, а аналіз виконання індикаторів є основою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Тож, для того, щоб застосовувати моніторинг і оцінку якості у закладі потрібно щоб у закладі працювали наступні твердження:

- моніторинг та оцінка якості є частиною системи удосконалення якості медичних послуг у цьому закладі.
- політика та пріоритети в роботі закладу є основою для розробки індикаторів якості
- індикатори постійно проходять моніторинг та аналіз.
- отримані результати постійного моніторингу та оцінки не представляють собою статистичну складову, а являють основу для зміни функціонування в закладі.

7. Залучення пацієнтів та їх родин до удосконалення якості. В основі пацієнтоорієнтованої допомоги лежать тривалі та довірливі відносини між пацієнтами та медичним персоналом. Задля досягнення кращих результатів в піклуванні про здоров'я необхідні максимально довірливі відносини, повага та постійне накопичення нового досвіду

До удосконалення системи якості ми можемо залучити пацієнта коли він починає взаємодіяти із клініцистом при отриманні медичних послуг. Це уважне ставлення до самої людини, та проблеми, з якою вона звернулася, надання доступної інформації для пацієнта та його родини. Також можна залучати пацієнтів, рідних та пацієнтські організації для розробки якості, наданні послуг.

Партнерські та щирі стосунки між медичною організацією та пацієнтами це не просто поодинокі випадки співпраці, а постійна дружня робота на різних етапах взаємовідносин – від знайомства та лікування, до участі в управлінні закладом. Участь пацієнтів та їх родин представляє собою цінну складову для всієї системи покращення якості медичної допомоги як в закладі, так і у всій системі охорони здоров'я. Тож на що потрібно звертати увагу та які важливі зміни, повинні працювати у закладі пробуємо проаналізувати:

- норми та правила контактування та роботи з пацієнтом та його родиною дотримуються всі учасники надання медичної допомоги

- весь персонал закладу незалежно від займаної посади, щиро вірить, що залучення пацієнтів або пацієнтських організацій є важлива та невід'ємна частина лікування та догляду.

- при плануванні поступленні у лікарню, первинному огляді, створенні плану та цілей лікування, визначенні подальших пріоритетів персонал крок за кроком створює дружні стосунки із пацієнтами та їх родинами

- постійне навчання навичкам побудови партнерських відносин забезпечується та заохочується керівництвом закладу.

- дуже важливо залучати громадскість в цілому та окремих пацієнтів до розробки критеріїв та індикаторів із оцінки якості медичних послуг, які можна отримати в медичному закладі.

Щоб перейти на новий рівень якісної медичної допомоги, необхідно тримати постійни зворотній зв'язок від пацієнтів та їхніх родин.

ВИСНОВКИ

У процесі функціонування ринку громадського здоров'я створюються особливі економічні блага: лікувально-діагностичні послуги, фармацевтичні засоби, медична техніка та інструментарій тощо.

Проблеми сучасного розвитку закликають до переорієнтації соціально-економічної політики держави у галузі охорони здоров'я, освіти, житлово-комунального та сільського господарства, що обґрунтовується формуванням різноманітних спеціалізованих національних проєктів. При врахуванні глобальності проблеми в масштабах всієї країни необхідно пам'ятати про суттєві відмінності регіонів за соціально-економічними та демографічними показниками, а значить про диференційований підхід до розгляду можливостей системи охорони здоров'я. Тому регіональна соціально-економічна політика держави має бути спрямовано забезпечення розвитку у регіонах сфер охорони здоров'я, освіти, культури, торгівлі та громадського харчування, соціальних гарантій, підготовки й перепідготовки кадрів.

КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Сумської міської ради – це ліцензований, акредитований на вищу категорію багатoproфільний сучасний заклад, що надає весь спектр медичних послуг. Основні пріоритети: підвищення якості медичної допомоги, оснащення відділень стаціонару та поліклінік сучасним обладнанням, впровадження новітніх технологій та створення комфортних умов для перебування пацієнтів.

Якість може бути вбудована в основи систем охорони здоров'я незалежно від того, якою прогрес досягнуто тією чи іншою системою у досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я. На всіх етапах розвитку підхід до медичних працівників, установ охорони здоров'я, ліків, пристроїв та інших технологій, інформаційних систем та фінансування повинен бути орієнтований на якість. Першочерговим завданням планування та політики має бути створення основ

якісних систем охорони здоров'я. Для досягнення цієї мети необхідно терміново активізувати роботу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Автономізація лікарень: як відбуватиметься, які переваги надасть медустановам. Режим доступу: <https://cutt.ly/ИseA4b>
2. Арцатбанова О. В. (2017). Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я Державне управління: удосконалення та розвиток. Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1399>
3. Баєва О.В. (2007). Міжрегіональна академія управління персоналом. основи менеджменту охорони здоров'я. Навчально-методичний посібник. Київ. Режим доступу: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p06_13.pdf
4. Богдан І.В. Деякі аспекти реформи охорони здоров'я.: Навч. експерт, 2013. - 330с.
5. Вороненко Ю. В. & Москаленка В. Ф. (Ред.). (2000). Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига. 680с.
6. Гладуна О.М. (Ред.). (2020). Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.: кол. моногр. НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ. 174 с.
7. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році Постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2021 № 1440 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
8. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій / Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>
9. Електронна система охорони здоров'я в Україні веб сайт. Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua/>

10. Єрохіна Т.В. Державне управління охороною здоров'я , Вид-во 2015. – 460с.
11. Лехан В.М., Крячкова Л. В. & Волчек В. В. (2016).Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ. 53 с.
12. Лехан В. М., Рудого В. М. (2016). Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. К.: Вид во Раєвського. 168 с.
13. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67 86
14. Мінфін. Український портал про фінанси і інвестиції. Режим доступу: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>
15. Міняєв В.А., Вишняков Н.І. Громадське здоров'я та охорона здоров'я. - МЕДпрес-інформ, 2012. - 656 с.
16. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>
17. Ніколаєва М.А. Маркетинг товарів та послуг: підручник/М.А. Ніколаєва, 2013. - 448 с.
18. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення / Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>
19. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік / Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF#Text>

20. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 752 28.09.2012 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

21. Про утворення Національної служби здоров'я України / Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

22. Рекомендації з побудови системи управління якості в медичному закладі. Deloitte Consulting, LLP 2021 рік

23. Сміянов В.А. (2021). Сумський державний Університет медичний інститут кафедра громадського здоров'я. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування. Режим доступу: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf>

24. Центр громадського здоров'я України. Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya>

25. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження. / За ред.: І. Семененко. – К.: «Поліграф плюс», 2015. – 192 с.

26. Department of Health: Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS (2011). Book Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS. City: Department of Health NHS Improvement & Efficiency Directorate Innovation and Service Improvement

27. Figueras J., McKee M., Cain J. (2004). Health systems in transition learning from experience edited by, lessof Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 263 p. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107574/9289010975-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

28. Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. & Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.*;82(4):581-629.

29. Leonard L. Berry, Kent D. Seltman Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations Hardcover, 276 pages. Published June 1st 2008 by McGraw-Hill Companies (first published 2000)

30. Saltman R.B., Rico A. & Boerma W.G.W. (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press,. 286.