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

АДАПТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

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

Студента гр. УЗ. мз 91-ш Штогрина Олега Теофільовича

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 _____ Штогрин Олег Теофільович

Науковий керівник: к.екон.н., доцент каф. управління ***Валенкевич Л.П.***

Суми 2020 р.

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри_____
_____
„_____”_____20_____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ. мз 91-ш Штогрину Олегу Теофільовичу

1. Тема роботи «Адаптація європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні» затверджена наказом по СумДУ №_____від „_____”_____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи_____

3. Мета кваліфікаційної роботи: наукове обґрунтування механізмів вдосконалення адміністрування закладами охорони здоров'я на місцевому рівні на основі адаптації європейського досвіду.

4. Об'єкт дослідження: адміністрування закладів охорони здоров'я.

5. Предмет дослідження: можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні.

6. Кваліфікаційна робота виконується на наступних матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність підприємства (КНП Шосткинська центральна районна лікарня, податкова звітність (баланс) (КНП Шосткинська центральна районна лікарня)

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Аналіз європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я	

II	Аналіз досвіду адміністрування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні	
III	Адаптація європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я на місцевому рівні	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити особливості адміністрування основних моделей охорони здоров’я в країнах Європи та проаналізувати досвід адміністрування закладів охорони здоров’я в країнах Європи.

У розділі 2 студент має проаналізувати особливості адміністрування закладів охорони здоров’я в Україні та особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності КНП Шосткинська ЦРЛ.

У розділі 3 студент має проаналізувати основні показники діяльності КНП Шосткинська ЦРЛ та надати рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні.

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 _____ Валенкевич Л.П.
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____Штогрин О.Т._____
(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я. Проаналізовано особливості основних моделей охорони здоров’я в країнах Європи.

Проведено комплексний аналіз особливостей адміністрування закладів охорони здоров’я в Україні, та особливостей адміністрування на місцевому рівні на прикладі управління, економічних показників та ресурсного забезпечення КНП Шосткинської ЦРЛ з урахуванням європейського досвіду адміністрування на місцевому рівні.

Проведено оцінку основних показників діяльності на прикладі КНП Шосткинської ЦРЛ та запропоновано рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: адміністрування закладів охорони здоров’я, особливості управління, європейський досвід адміністрування закладів охорони здоров’я.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 43 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 57 с., у тому числі 7 таблиць, 3 рисунка, 3 додатки на 4 сторінках, список використаних джерел - 4 сторінки.

Актуальність. Потреба у вдосконаленні управління процесами розвитку охорони здоров'я в Україні зумовила зростаючий інтерес вітчизняних дослідників до обґрунтування його ефективних форм і методів. Певну роль у вирішенні такого завдання здатний зіграти аналіз сучасного зарубіжного досвіду. Мета його проведення оцінка застосовуваних підходів до організації державного управління охороною здоров'я на національному та обласному рівнях, селекція продуктивних інструментів, придатних для використання в практиці управління закладами охорони здоров’я в Україні.

Різним аспектам розвитку системи управління охороною здоров'я, присвячені роботи багатьох авторів. Однак цілісного вирішення проблеми організації управління медичною організацією, досі немає. Методологічна нерозробленість й методична незабезпеченість управління закладом охорони здоров’я в умовах нашої країни з урахуванням специфіки медичних послуг ставлять перед закладами охорони здоров’я завдання адаптації, розробки та комплексного впровадження управлінських технологій, які добре зарекомендували себе в зарубіжних країнах.

Вказане зумовило **актуальність** теми нашого дослідження, його мету і завдання.

Метою роботи є наукове обґрунтування механізмів вдосконалення адміністрування закладами охорони здоров’я на місцевому рівні на основі адаптації європейського досвіду.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

1. Проаналізувати досвід адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах Європи.
2. Висвітлити досвід адміністрування закладу охорони здоров’я в Україні.
3. Проаналізувати особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності КНП Шосткинська ЦРЛ
4. Оцінити стан та показники діяльності Шосткинської ЦРЛ.
5. Визначити можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні.

6. Надати рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні.

Об'єкт дослідження адміністрування закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні.

***Методи дослідження*.** Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано структурний аналіз, порівняльний аналіз, статистичні методи.

Наукова новизна дослідження полягає у вирішенні наукового завдання з обґрунтування напрямів можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні. В ході дослідження обґрунтовано стратегічний формат розвитку закладу охорони здоров'я в сучасних умовах на основі комплексного використання підходів - процесу створення послуг високої якості, раціонального використання ресурсів, управління персоналом та техніко-технологічного вдосконалення.

***Набули подальшого розвитку*:** науково-методичні підходи до обґрунтування переваг адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні.

Ключові слова: *адміністрування закладів охорони здоров'я, особливості управління, європейський досвід адміністрування закладів охорони здоров'я.*

ЗМІСТ

ВСТУП 9

РОЗДІЛ 1.АНАЛІЗ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 11

1.1. Особливості адміністрування основних моделей охорони здоров'я 11

1.2. Аналіз досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах Європи 16

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП ШОСТКИНСЬКА РАЙОННА ЛІКАРНЯ) 23

2.1. Особливості адміністрування закладів охорони здоров'я в Україні 23

2.2. Особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради 25

РОЗДІЛ 3. АДАПТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ 34

3.1. Оцінка показників діяльності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради. 34

3.2. Рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я 43

ВИСНОВКИ 48

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 50

ДОДАТКИ 54

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

TQM Total Quality Management – управління якістю

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ – заклад охорони здоров’я

КНП - Комунальне некомерційне підприємство

КСГ - клініко-статистична група

ЛІЛ - лікарня інтенсивного лікування

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

ЛПУ - лікувально-профілактична установа

НКМС - Національна каса медичного страхування

НСЗ - національна система охорони здоров'я

НУЛЗ - належне управління в галузі лікарських засобів

ОЗХН - охорона здоров'я, харчування та народонаселення (Програма ВООЗ)

ОМС обов'язкове медичне страхування

ПМС - приватне медичне страхування

СМС - соціальне медичне страхування

ЦРЛ – Центральна районна лікарня

ШЦРЛ – Шосткинська центральна районна лікарня

ВСТУП

Потреба у вдосконаленні адміністрування процесами розвитку охорони здоров'я в Україні зумовила зростаючий інтерес вітчизняних дослідників до обґрунтування його ефективних форм і методів. Певну роль у вирішенні такого завдання здатний зіграти аналіз сучасного зарубіжного досвіду. Мета його проведення оцінка застосовуваних підходів до організації державного адміністрування охороною здоров'я на національному та обласному рівнях, селекція продуктивних інструментів, придатних для використання в практиці адміністрування закладами охорони здоров’я в Україні.

Вважаємо за доцільне провести аналіз досвіду вдосконалення адміністрування розвитком охорони здоров'я в країнах Європи для того, щоб виявити загальне і особливе в змісті цього процесу, здійснити селекцію продуктивних компонентів.

Різним аспектам розвитку системи адміністрування охороною здоров'я, присвячені роботи багатьох авторів (Стефанишин, 2019; Юринець, 2018 та ін.), Однак цілісного вирішення проблеми адміністрування закладів охорони здоров’я на місцевому рівні досі немає. Методологічна нерозробленість й методична незабезпеченість проблеми в умовах нашої країни з урахуванням специфіки медичних послуг ставлять перед закладами охорони здоров’я завдання адаптації, розробки та комплексного впровадження технологій адміністрування, які добре зарекомендували себе в зарубіжних країнах. Тому тему нашого дослідження ми вважаємо дуже **актуальною**.

Мета дослідження полягає в науковому обґрунтуванні механізмів вдосконалення адміністрування закладами охорони здоров’я на місцевому рівні на основі адаптації європейського досвіду.

Об'єкт дослідження адміністрування закладів охорони здоров’я.

Предмет дослідження можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я на місцевому рівні.

Об’єкт, предмет та мета дослідження визначили його **завдання**:

1. Проаналізувати досвід вдосконалення адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах Європи.

2. Висвітлити досвід адміністрування закладу охорони здоров’я в Україні.

3. Проаналізувати особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності КНП Шосткинська ЦРЛ

4. Оцінити стан та показники діяльності Шосткинської ЦРЛ.

5. Визначити можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні.

6. Надати рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні.

***Методи дослідження*.** Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано структурний аналіз, порівняльний аналіз, статистичні методи.

Наукова новизна дослідження полягає у вирішенні наукового завдання з обґрунтування можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я на місцевому рівні. В ході дослідження обґрунтовано стратегічний формат розвитку закладу охорони здоров’я в сучасних умовах на основі комплексного використання підходів - процесу створення послуг високої якості, раціонального використання ресурсів, управління персоналом та техніко-технологічного вдосконалення.

РОЗДІЛ 1.
АНАЛІЗ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Особливості адміністрування основних моделей охорони здоров'я

У світі накопичений суттєвий досвід у галузі побудови та оптимізації моделей фінансування та адміністрування закладів охорони здоров'я. Так, провідні країни послідовно домагаються розширення охоплення населення безкоштовною медичною допомогою, раціоналізації джерел фінансування і методів розподілу коштів, способів управління системою охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та усунення дублювання витрат.

Незважаючи на те, що жодна з існуючих в світі моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, аналіз параметрів цих моделей, їх сильних і слабких сторін, а також узагальнення досвіду конкретних країн має значення при реформуванні та оптимізації діючої моделі охорони здоров'я в Україні (Мельник, 2018).

В сучасних умовах всі моделі охорони здоров'я можна умовно розділити на три типи.

1. Бюджетна (державна).
2. Страхова (соціально-страхова).
3. Приватна (недержавна, або ринкова) (Додаток А).

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашко-Беверіджа, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування служать податкові надходження. Медичні послуги для всього населення надаються на безкоштовній основі. Частка сукупних витрат з суспільних витрат у ВВП, як правило, становить 8-11%. Приватне страхування та соц. виплати грають додаткову роль.

Основний канал фінансування державний бюджет. Провайдери медичних послуг отримують бюджетні кошти під контролем приватних керуючих

компаній. Держава відіграє одночасно роль покупця та провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% і вище) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється високим ступенем централізації. Велика частина медичних послуг надається державними ЛПУ (лікувально-профілактичними установами) та приватними лікарями, але ринку, як правило, відведена другорядна роль (Корвякова, 2016).

Держава жорстко контролює більшість аспектів ринку медичних товарів і послуг, встановлює правила допуску та доступу на ринок, формує переліки відшкодування, за допомогою тарифної політики і ціноутворення забезпечує контроль над обсягами надаваних медичних послуг. Контроль над якістю надання медичної допомоги здійснюється професійними медичними організаціями у формі акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування лікарів..

Другу модель, відому як модель Бісмарка, часто визначають як систему регулювання страхування здоров'я. Вона ґрунтується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Програми обов'язкового медичного страхування охоплюють все або практично все населення при співучасті держави у фінансуванні страхових фондів. Як і в бюджетній моделі, держава покриває понад 70 % витрат на медичні послуги, але сукупні державні витрати на охорону здоров'я, як правило, дещо вищі, ніж у бюджетній моделі, складаючи вже 9-13% від ВВП. Вирішальну роль у розподілі коштів відіграють приватні некомерційні або комерційні страхові фонди або компанії, роль ринку в задоволенні потреб населення в медичних послугах висока, а пацієнти мають істотну свободу у виборі страхових компаній і постачальників послуг (Ямненко, 2018).

Форму управління охороною здоров'я в соціально-страховій моделі можна охарактеризувати як децентралізовану через велику кількість гравців на страховому ринку. Більшість медичних послуг оплачується за обов'язковим переліком. Медичні послуги надають установи різних форм власності, але

переважають приватні некомерційні. Первинна медична допомога надається приватними практикуючими сімейними лікарями. Ринок медичних послуг високорозвинений, а приватне страхування відіграє додаткову роль. Роль держави в регулюванні ринку медичних послуг істотна, але менш значима, ніж в бюджетних системах. Держава регулює діяльність страхових фондів, які спільно з асоціаціями провайдерів медичних послуг в свою чергу визначають їх обсяги і якість (Ямненко, 2018).

Для приватної моделі охорони здоров'я характерне надання медичних послуг виключно на платній основі, за рахунок приватного страхування та особистих коштів громадян. Єдина система державного медичного страхування відсутня. Ринок відіграє ключову роль у задоволенні потреб у медичних послугах. Держава бере на себе тільки ті зобов'язання, які не задовольняються ринком, тобто покриває медичне обслуговування соціально вразливих категорій громадян безробітних, незаможних і пенсіонерів.

У приватній моделі фінансування більш ніж на 50% здійснюється з приватних коштів. Грошові кошти акумулюються в приватних комерційних страхових фондах (страхових компаніях), після чого надходять в ЛПУ. Управління наданням послуг децентралізовано і здійснюється великою кількістю організацій різних форм власності і рівнів. Ринок медичних послуг та приватного медичного страхування відіграє домінуючу роль, а роль держави обмежена. Велика частина медичних послуг надається приватними ЛПУ і приватними сімейними лікарями. Завдяки приватним страховим компаніям рівень конкуренції на ринку медичних послуг дуже високий, що позитивно позначається на їх якості, але тільки для матеріально забезпеченої частини населення. При цьому раціонального використання ресурсів не досягається. Частка сукупних витрат на охорону здоров'я до ВВП вища, ніж у бюджетній та страховій моделях, але адекватного поліпшення ключових показників охорони здоров'я населення не відбувається. Роль держави в регулюванні ринку медичних товарів і послуг менш значна, ніж у бюджетній та соціально-страховій системах. Держава контролює допуск і доступ медичних технологій

на ринок, Діяльність страхових компаній, займається захистом конкуренції. Питання забезпечення якості медичних послуг вирішуються за допомогою ліцензування та акредитації медичних установ і лікарів, які знаходяться в руках професійних медичних організацій (Мартинюк & Курдибанська, 2016).

Адміністрування закладів охорони здоров’я в економічно розвинених європейських країнах призвів до організаційних змін, що вплинули на:

– ступінь самостійності закладів охорони здоров'я;

– ступінь їх схильності до дії ринкових механізмів;

– статус закладів охорони здоров'я як претендентів на залишок;

– структури підзвітності та соціальні функції закладів охорони здоров'я (Назарко, 2019).

Самостійність закладів охорони здоров'я визначається тим, наскільки вони уповноважені приймати рішення з різних аспектів надання послуг. Повноваження щодо прийняття рішень стосуються шести аспектів: кількості вкладеної праці, капіталовкладень, інших вкладень, рівня та складу послуг, встановлення цін, процесів управління.

У більшості європейських країн держава перестала грати роль прямого наймача лікарів; заклади охорони здоров'я безпосередньо укладають договори з найманими працівниками. В принципі повноваження щодо прийняття рішень щодо найму, звільнення та винагороди перейшли до керівників закладів охорони здоров'я.

У більшості європейських країн право приймати рішення щодо активів належить власникам: центральному уряду або місцевій виконавчій владі, але великі заклади охорони здоров'я також мають право приймати рішення щодо фізичних активів та капітальних інвестицій. Таким чином у закладів охорони здоров'я є стимули до підвищення потужностей (Карпишин & Комуницька, 2008).

Майже всі європейські країни надали закладам охорони здоров'я самостійність в тому, що стосується придбання не тільки праці та капіталу, а й інших вкладень, в тому числі медикаментів та обладнання. Більшість країн

прийняли закони про державні ставки, що регулюють процеси лікарняних поставок і передбачають їх прозорість (Андропов, 2015).

У більшості європейських країн в рамках своїх бюджетів заклади охорони здоров'я вільні самостійно визначати рівень і склад надаваних ними послуг.

Заклади охорони здоров'я наділені незначною самостійністю в тому, що стосується платежів, зовнішніх по відношенню до лікарень та рівномірних для країни в цілому. Саме так відбувається в Хорватії, Естонії, Грузії, Угорщині, Литві та Румунії. Ціни встановлюються не платником, а Міністерством охорони здоров'я або комітетом, спеціально призначеним заради того, щоб врахувати інтереси зацікавлених сторін (насамперед лікарів). В Естонії регіональні медичні фонди платять лікарням за використання ліжкової мережі та за послуги на основі прейскуранта, розробленого комітетом, що працює під егідою Міністерства охорони здоров'я. Хоча лікарням теоретично дозволено надавати послуги за ціну, яка на 25% нижче обумовленої в прейскуранті, подібне відбувається рідко. В Угорщині відносна вагомість діагностичних груп оцінюється спеціальним інститутом, створеним у структурі Міністерства охорони здоров'я. Однак остаточне рішення приймається комітетом лікарів, призначених Міністерством охорони здоров'я, за результатами угод між представниками різних лікарських спеціальностей. У Грузії ціни на послуги, що входять до державного пакету пільг і допомог, встановлюються комітетом з медичних стандартів при Міністерстві охорони здоров'я та затверджуються парламентом. У небагатьох країнах Польщі, Чехії, Грузії ставки платежів встановлюються за результатами переговорів між платниками та закладами охорони здоров'я, тобто останні мають можливість впливати на ціноутворення (Грабовський & Клименко, 2014).

У більшості європейських країн керівники закладів охорони здоров'я та відділень мають значну владу. Численні нові курси підвищення кваліфікації та навчальні програми будуються з урахуванням необхідності вдосконалення управлінської діяльності всередині закладів охорони здоров'я.

Як власники лікарень, муніципалітети в більшості європейських країн мають стимули, інструменти та можливості для того, щоб вимагати у закладів охорони здоров'я звіти за їх фінансову діяльність та якість надаваних ними послуг.

1.2. Аналіз досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах Європи

Вважаємо за доцільне провести аналіз досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах-представницях названих систем охорони здоров'я для того, щоб виявити загальне і особливе в змісті цього процесу, здійснити селекцію продуктивних компонентів.

1.2.1. Німеччина

Німеччина є класичним прикладом соціально-страхової моделі. Джерела фінансування розподіляються таким чином: соціальне медичне страхування (СМС)-60 %, приватне медичне страхування (ПМС) — 10 %, державний бюджет — 15% та особисті кошти громадян — 15 %. Близько 90 % населення охоплено програмами СМС, 10 % — програмами ПМС, і при цьому 3% застрахованих в СМС мають поліс ПМС. Витрати на охорону здоров'я з громадських коштів становлять 7,8% від ВВП, сукупні — 11,7% від ВВП . З громадських джерел покривається 75 % від усіх витрат на охорону здоров'я. Рух коштів охорони здоров'я виглядає наступним чином: спочатку вони акумулюються в Державному фонді СМС, потім надходять на рахунки приватних некомерційних страхових організацій, які контролюють оплату послуг ЛПЗ (Андропов, 2015).

Ці організації, що отримали назву лікарняних кас (sickness funds, англ.; krankenkassen, нім.), а також їх об'єднання та об'єднання лікарів лікарняних кас формують основу системи соціального медичного страхування (Social Health Insurance, SHI). Вони засновують саморегулюючі структури, які керують фінансуванням і наданням послуг в обсязі, гарантованому законом про

обов'язкове медичне страхування. Лікарняні каси мають статус приватних некомерційних організацій, займаються страхуванням ризиків, пов'язаних з хворобою. Об'єднані комісії платників, що складаються з представників лікарняних кас і постачальників послуг (куди входять асоціації лікарів і стоматологів, а також лікарні), на федеральному рівні беруть участь у встановленні пільг, нормативів, тарифів і цін на медичні послуги. На регіональному рівні ці комісії укладають договори на надання медичних послуг, виконують контрольні функції (Ямненко, 2018).

За законами країни приватним медичним страхуванням можуть користуватися тільки особи з доходами, що перевищують €50 тис.на рік. Всі інші громадяни в обов'язковому порядку повинні бути охоплені соціальним медичним страхуванням. Починаючи з 1996 р є можливість вільного вибору лікарняних кас, а також можливість зміни лікарняної каси після 18-місячного терміну контракту. У Німеччині існує кілька лікарняних кас, доступних тільки для спеціальних груп населення, наприклад Лікарняна каса фермерів, але й ці каси зобов'язані укладати договори з будь-якими громадянами незалежно від професійної приналежності (Андропов, 2015).

Для країни характерні висока децентралізація управління охороною здоров'я і поділ повноважень між федеральним урядом і урядами земель.

Ринок медичних послуг високорозвинений, державне медичне страхування відіграє провідну роль, приватне страхування - доповнює. Медична допомога надається приватними лікарями та установами різних типів власності з приватними некомерційними ЛПЗ. Основними формами оплати медичних послуг в стаціонарах є методи глобального бюджету і КСГ (клініко-статистичних груп), первинна допомога оплачується методом оплати за послугу.

1.2.2. Великобританія

Великобританія - найбільш яскравий приклад бюджетної моделі. Державний бюджет покриває 85 % всіх витрат на охорону здоров'я, решта 15% оплачуються за рахунок ПМС. Грошові кошти акумулюються в Державному

бюджеті, звідки вони передаються в саморегулюючі організації, які керують фінансуванням ЛПЗ. Форма управління охороною здоров'я централізована. Державні видатки на охорону здоров'я становлять 7,7% від ВВП, сукупні - 9,4 % . Все населення охоплено безкоштовною медичною допомогою, інші виплати за медичні послуги практично відсутні. Застосовується фіксований платіж в розмірі £7,85 за один рецепт для працездатного населення (Корвякова, 2016).

Більшість медичних послуг надаються державними ЛПЗ, а первинна медична допомога - приватними сімейними лікарями. Ринок медичних послуг і приватне страхування відіграють додаткову роль. Соціальну та медичну допомогу населенню надають соціальні служби та служби охорони здоров'я, які включають Національну службу охорони Здоров'я Великобританії (NHS) та місцеві органи влади. В Англії функціонують 10 стратегічних органів охорони здоров'я (Strategic Health Authorities, SHAs), які забезпечують керівництво, координацію і підтримку діяльності NHS в регіонах. SHAs також працюють з місцевими органами управління, освіти, благодійними та громадськими організаціями (Науковий менеджмент, 21).

Розглянемо значущі для нашого дослідження напрямки та результати реформування системи охорони здоров'я у Великобританії (Корвякова, 2016).

Цілями реформи управління стало внесення ринкових елементів до національної системи охорони здоров'я, щоб при збереженні її переваг (рівноправність, загальнодоступність, ефективна система контролю витрат) стимулювати більш ефективну роботу на мікрорівні, забезпечити оптимальне поєднання вартості та якості медичної допомоги. Засобами досягнення цих цілей стали розподіл постачальників і споживачів медичних послуг (за допомогою зміни порядку фінансування лікарень і служби першої медичної швидкої допомоги, впровадження контрактної системи відносин між ними, органами управління та пацієнтами, забезпечення більшої економічної самостійності надавачів послуг - лікарень, лікарів загальної практики) та створення конкуруючих внутрішніх ринків в національній системі охорони здоров'я (Ямненко, 2018).

Відповідно до намічених завдань були визначені наступні основні напрямки подальшого удосконалення адміністрування закладів охорони здоров’я:

1. Відповідальність за придбання (купівлю) медичних послуг організаційно відокремлена від відповідальності за надання послуг.

2. Лікарням, які добре адмініструються, надається статус самоврядування - це «трасти національної системи охорони здоров'я» (НСЗ), що належать державі, але мають більшу незалежність. Їм даються в борг під відсотки фонди, й вони мають право вільно розпоряджатися ними в рамках збереження місії лікарні. Основною умовою досягнення статусу самоврядування є те, що менеджери лікарні повинні продемонструвати необхідні навички. Трасти можуть встановлювати умови найму і зарплату для персоналу, не пов'язуючи себе національними угодами національної системи охорони здоров'я, профспілки та асоціацій.

3. Лікарі загальної практики з числом пацієнтів понад 7 тисяч можуть клопотати про надання їм власного, незалежного від лікарень бюджету або фонду лікарської практики, що охоплює певний діапазон стаціонарних послуг, а також звичайні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою.

4. Впровадження системи стратегічної закупівлі медичної допомоги. Починаючи з 1997 р. в ролі покупців допомоги (замовників) виступають Регіональні органи управління охороною здоров'я та інтегровані групи лікарів загальної практики - фондотримачів - трасти лікарських практик. Останні з власних коштів оплачують частину обсягів стаціонарної допомоги, послуги фахівців та медико-соціальну допомогу. При цьому замовники зобов'язані розробити стратегічні плани закупівлі медичної допомоги, які покликані продемонструвати медичним організаціям наміри щодо замовлень на медичну допомогу на наступні 3-5 років. Планування обсягів і структури медичної допомоги спирається як на показники споживчих переваг, так і на власну оцінку раціональності сформованої структури надання допомоги.

У цих планах представлена оцінка потреб у медичній допомозі, пріоритети їх задоволення, очікувані державні витрати, плани реорганізації надання медичної допомоги (наприклад, можливе злиття лікарень, розвиток денних стаціонарів), вимоги до інформаційного забезпечення та створення систем забезпечення якості медичної допомоги, очікуваний обсяг інвестицій.

5. Посилено контроль за організацією аудиторських (незалежних) перевірок, щоб конкуренція стаціонарів і лікарів загальної практики не призвела до зниження якості послуг. Побоювання з приводу того, що конкуренція може змусити лікарні зменшувати витрати шляхом зниження якості змусили розробити різні системи гарантій якості (включення показників якості в контракти, заходи з аудиту медобслуговування у всій національній системі охорони здоров'я). Лікарі загальної практики працюють не за наймом, а за контрактом з Національною службою охорони здоров'я. Пацієнтам полегшена заміна лікаря.

6. У пацієнта з'явилося право вибору, принаймні, з чотирьох або п'яти лікувальних установ. У 2020 році пацієнти можуть вибирати будь-якого постачальника, що відповідає стандартам Великобританії, в межах максимальної державної ціни, яку оплачує нужденним хворим Національна служба охорони здоров'я. Кожен має доступ до своєї персональної «сторінки здоров'я» в інтернеті, де розміщені записи про стан його здоров'я (Корвякова,2016).

В цілому у Великобританії існує два механізми підвищення ефективності та оперативності охорони здоров'я:

1) зростання конкуренції серед виробників послуг;

2) нові організаційні заходи, спрямовані на підвищення ступеня місцевої автономії та незалежності управління в рамках національної системи охорони здоров'я.

До особливостей стратегії здійснення цієї реформи дослідники відносять:

- гнучкий графік впровадження перетворень;

- принцип добровільності (самостійність лікарень у вирішенні питання про прийняття статусу самоврядування, лікарів загальної практики - про володіння власним фондом);

- жорсткий централізований моніторинг і контроль щодо здійснення реформ в самій службі охорони здоров'я;

- підтримка суворого фінансового контролю для стримування загальних витрат органів охорони здоров'я та лікарень.

1.2.3. Франція

Звернемо увагу на моменти, важливі для регіонального рівня адміністрування закладів охорони здоров’я у Франції (Островська, 2016).

1. Важливий напрямок реформ розвиток профілактичної складової системи охорони здоров'я. Поширення СНІДу, резистентних до лікарських засобів мікроорганізмів, природні катаклізми підштовхують до першорядного розвитку профілактичної ланки. Тому необхідним стає істотне збільшення частки бюджету охорони здоров'я, використовуваної на профілактику захворювань (на сьогодні вона складає тільки 2,3%).

2. Модернізація управління стаціонарами в рамках плану «Лікарня-2023» покликана забезпечити необхідний контроль з боку зовнішніх інстанцій, участь персоналу у формуванні політики установи, велику незалежність окремих його підрозділів від Ради Адміністрації. План пропонує спрощення процедури створення лікувальних установ і стимулювання розвитку ринку медичних послуг. Політика лікарень в області лікарської допомоги буде спрямована, перш за все, на забезпечення рівного доступу до інноваційних препаратів і їх раціональне використання всередині установи (Грищенко & Сластних, 2016).

3. Значущим нововведенням повинна стати персональна медична карта пацієнта, яка буде надаватися кожному жителю країни. Вона буде містити в електронному вигляді відомості про всі результати обстеження та лікування хворого, що, як вважають її розробники, поліпшить обмін інформацією між

лікарями і забезпечить економію за рахунок виключення непотрібних повторних призначень.

Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду дозволив зробити наступні висновки:

– Ні в одній країні не існує ідеальних/ універсальних моделей адміністрування та фінансування закладів охорони здоров’я (Додаток Б).

– У будь-якій з моделей є тільки одне домінуюче джерело фінансування.

– У бюджетній і страховій моделях держава забезпечує понад 70 % всіх витрат.

– Найважливішим фактором стійкості систем охорони здоров’я є охоплення населення безкоштовними медичними послугами, відсутність дублювання витрат, ефективність витрачання ресурсів і доступність медичних послуг.

– Жодна країна не може забезпечити всіх потреб охорони здоров'я з державних коштів без приватного страхування та / або соціальних виплат.

– Питання управління організаційними процесами в лікувальних установах в охороні здоров'я тісно пов'язаний з принципами якості в загальному плані. Основою управління якістю є міжнародні принципи управління якістю - Total Quality Management (далі TQM).

РОЗДІЛ 2.
АНАЛІЗ ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП ШОСТКИНСЬКА РАЙОННА ЛІКАРНЯ)

2.1. Особливості адміністрування закладів охорони здоров'я в Україні

У 2016 році почала відбуватися запроваджена Урядом України трансформація системи охорони здоров'я. Відбувається поступове підвищення ефективності системи охорони здоров'я, заплановано її максимальну модернізацію; також реформою передбачено підвищення якості надання медичних послуг до поліпшення доступу до них. Також стратегія Уряду одним із головних завдань реформи вбачає зміни фінансування системи охорони здоров'я.

Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка розпочала стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету (Основи законодавства, 23).

Загальні зміни, які відбулися в фінансуванні системи охорони здоров'я України, на сьогодні відповідають провідним міжнародним практикам покращення доступу, якості та ефективності медичних послуг, при загальному складному стані сучасної економіки України та макрофіскального середовища.

Дефіцит бюджету охорони здоров'я на сьогодні досить значний. Забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я та його зростання буде ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я. Тому для подальшої трансформації мережі закладів та забезпечення повного доступу населення до послуг охорони здоров'я дуже

важлива політична підтримка медичних змін та стабільність дотримання визначеного курсу зміни медичної системи.

Також в рамках змін системи:

– розпочалося реформування первинної ланки медичної допомоги, яке містить перелік визначених послуг для пацієнтів та можливість вільного вибору сімейного лікаря;

– відбувається поступова автономізація закладів охорони здоров'я;

– створюється єдина система електронної охорони здоров'я;

– введено в дію прогресивну програму реімбурсації медикаментів «Доступні ліки» (дозволяє використовувати електронні рецепти).

Основу медичної реформи складають такі інституції, як Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я, ДП «Електронне здоров'я», Державний експертний центр, ДП «Медичні закупівлі України». Вважаємо за необхідне зауважити, що подальший розвиток цих буде сприяти подальшій динамічній трансформації системи охорони здоров'я в Україні.

Місцеві органи влади здійснюють важливу роль як власники закладів, отже, ми вважаємо необхідним подальше узгодження децентралізованих ролей і пріоритетів національної політики в галузі охорони здоров'я.

Також, з нашої точки зору, дуже важливо , щоб зміни у системі фінансування охорони здоров'я супроводжувалися додатковими інструментами, що впливатимуть на підвищення показників здоров'я населення та зростання якості медичних послуг. Також в Україні почала запроваджуватися модель державного солідарного медичного страхування. При її створенні намагалися врахувати кращі сучасні практики медичного страхування та досвід реформування систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є кошти Державного бюджету України, які отримуються закладами із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, які перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом» (Основи законодавства, 23).

Модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальним кроком, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення.

2.2. Особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради є лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим Статутом.

«Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради є комунальним некомерційним підприємством. Дії Шосткинської ЦРЛ спрямовані на реалізацію конституційного права мешканців Шосткинського району Сумської області на охорону здоров'я, виконання Указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, інших законодавчих актів, які передбачають проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, кінцевим результатом чого є збереження генофонду нації.

Зусилля медичної галузі області скеровуються на реалізацію пріоритетних напрямків сфери охорони здоров'я, серед яких проведення господарської діяльності з медичної практики та іншої господарської діяльності з реалізації конституційного права громадян на отримання кваліфікованої та доступної медичної допомоги з відновлення втраченого пацієнтом здоров'я, а також проведення профілактичних заходів щодо збереження наявного.

Серед лікувально-профілактичних установ Шосткинська ЦРЛ завжди займала і продовжує займати особливе місце.

Стаціонарна медична допомога надається в основному при найбільш тяжких захворюваннях, які вимагають комплексного підходу до діагностики і лікування, застосування найбільш складних методів обстеження і лікування з використанням найновіших медичних технологій, а в ряді випадків - оперативного втручання, постійного лікарняного спостереження і інтенсивного догляду.

Виходячи із основних функцій лікарні, найважливішу роль в наданні лікувальної допомоги займає приймальне відділення.

Основний вид діяльності: 86.10 Діяльність лікарняних закладів.

Підприємство створене за рішенням Шосткинської міської ради (надалі – Засновник) у 2018 році (XIX сесія VII скликання) відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу «Шосткинська центральна районна лікарня» у комунальне

некомерційне підприємство. Майно підприємства є власністю Шосткинської територіальної громади в особі Шосткинської міської ради Сумської області.

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального закладу «Шосткинська центральна районна лікарня».

Підприємство створене на базі майна Шосткинської територіальної громади. Засновником, Власником та органом управління майном Підприємства є територіальна громада в особі Шосткинської міської ради (надалі – Засновник). Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику.

Уповноваженим виконавчим органом управління Засновника закладу охорони здоров'я є виконавчий комітет Шосткинської міської ради.

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами органів місцевого самоврядування, рішеннями місцевих органів виконавчої влади.

У порівнянні з 2019 роком чисельність населення м. Шостки та Шосткинського району зменшилась.

Зміна чисельності населення виглядає таким чином (Додатки В; Г): Як видно з вищевказаних таблиць, по відношенню до 2019 року у цілому постійного населення зменшилось в цілому на 1,30% та наявного на 1,31%.

Треба відмітити, що на фоні зменшення чисельності населення в цілому на 1,30%, зменшення мешканців смт Вороніж на 1,48%.

Мешканців сіл району зменшилось на 1,99%, тобто в 1,7 рази більше, ніж мешканців міста.

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Шосткинського району станом на 30.09.2020 року складає:

– Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради – 336 ліжок

– Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська дитяча лікарня» Шосткинської міської ради – 60 ліжок

Всього в районі 396 ліжок, які розташовані в 2-х вищезазначених закладах.

– Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська стоматологічна поліклініка» Шосткинської міської ради – 1.

– Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шосткинської міської ради – 1 .

в тому числі:

– Амбулаторія №1 (вул. Січнева, 6)
– Амбулаторія №2 (вул. Знаменська, 6 а)
– Амбулаторія №3 (вул. Озерна, 12)
– Амбулаторія №4 (вул. Щедріна, 1)
– Амбулаторія №5 (вул. Марата, 23)

Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинський районний центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» Шосткинської районної ради Сумської області – 1

в тому числі:

– Воронізька АЗПСМ
– Чапліївська АЗПСМ
– Миронівська АЗПСМ
– Богданівська АЗПСМ
– Клишківська АЗПСМ
– Івотська АЗПСМ

фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) – 4

в тому числі:

- Дубрівський ФАП
- Гамаліївський ФАП
- Собичівський ФАП
- Собицький ФАП

фельдшерські пункти (ФП) – 11

в тому числі:

- Воронізький ФП
- Ковтунівський ФП
- Тиманівський ФП
- Лушницький ФП
- Глазівський ФП
- Погребський ФП
- Каліївський ФП
- Вовнянський ФП
- Маківський ФП
- Гуківський ФП
- Пирогівський ФП

Здоров пункти – 1 - здоров пункт КП ШКЗ «Імпульс»

Крім того, на території району розташовані ЛПЗ обласного підпорядкування:

КЛПЗ СОР «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій – 1 (110 ліжок)

КНП СОР «Обласний діагностичний центр м.Шостка» – 1

Терапевтичне відділення №2 КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» – 25 ліжок

Структуру закладу ми представили на Рис.2.1. та на Рис.2.2.:

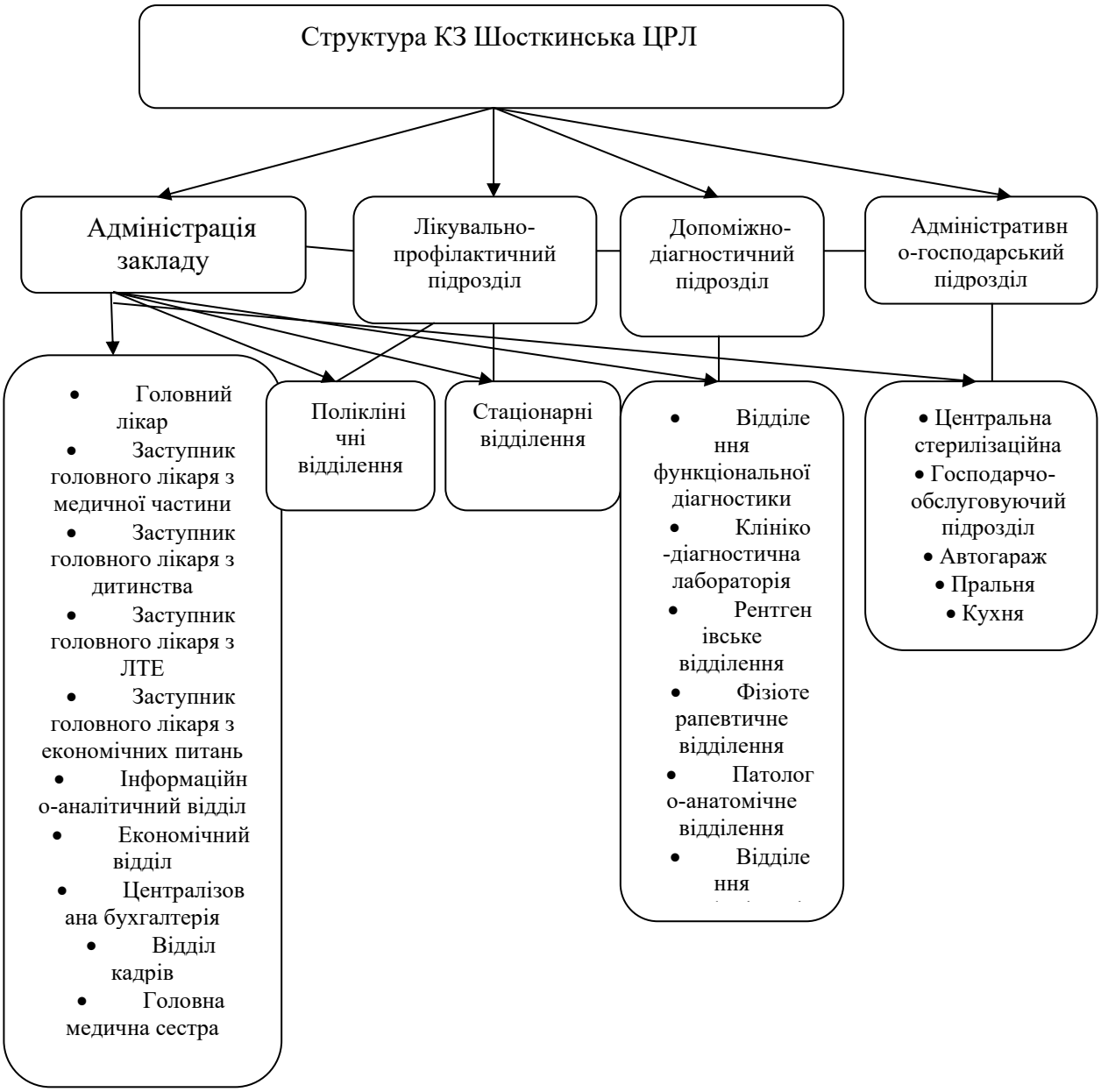

Рис.2.1. Структура Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

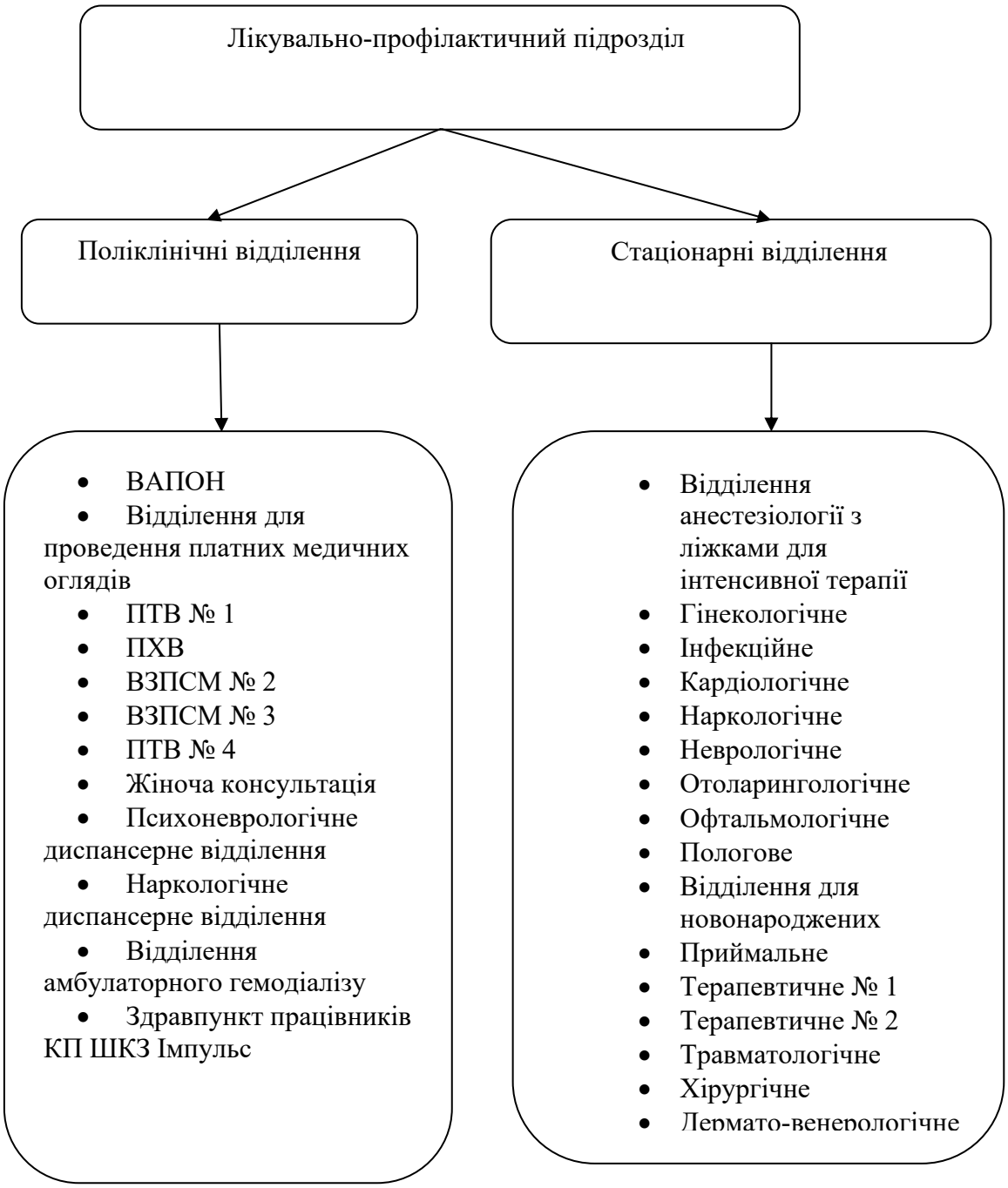

Рис.2.2. Структура лікувально-профілактичного підрозділу в Комунальному некомерційному підприємстві «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

Управління КНП «Шосткинська ЦРЛ» здійснюється відповідно до законодавства України та Статуту Організації. Вищою посадовою особою є головний лікар, який призначається і звільняється головою місцевої адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України. Головний лікар діє на основі статуту організації та законодавства України.

До складу керівництва так само входять: заступник головного лікаря з медичної частини, заступник головного лікаря з дитинства, заступник головного лікаря з ЛТЕ, заступник головного лікаря з економічних питань, інформаційно-аналітичний відділ, економічний відділ, централізована бухгалтерія, відділ кадрів, головна медична сестра.

У підпорядкуванні фахівців знаходяться середній і молодший медичний персонал, що виконує відповідну їх функціональним обов'язкам роботу.

Головний лікар КНП «Шосткинська ЦРЛ» виконує наступні функції та обов'язки щодо забезпечення діяльності підрозділу;

- забезпечує керівництво установою відповідно до чинного законодавства;

- представляє інтереси КНП «Шосткинська ЦРЛ» в державних, судових та арбітражних органах;

- організовує роботу колективу;

- відповідає за організацію виробничої, адміністративно-господарської та фінансової діяльності;

- здійснює аналіз діяльності установи на основі оцінки показників його роботи та приймає необхідні щодо поліпшення форм і методів роботи;

- контролює виконання вимог, встановлених правилами і нормами внутрішнього розпорядку, виконання технічної безпеки і охорони праці, технічної експлуатації приладів і обладнання;

- затверджує штатний розпис;

- видає накази, дає вказівки, обов'язкові для працівників КНП «Шосткинська ЦРЛ».

Структура Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради , штатні посади відповідають наказу МОЗ України № 585 від 21.08.2018р. «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».

Підрозділи, які входять до складу КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» знаходяться на території обслуговування населення в межах пішохідного доходу, що дає можливість звернення за медичною допомогою людям похилого віку, яким важко пересуватись, а також покращує роботу сімейних лікарів на дому.

Відсоток оснащення в амбулаторіях відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення - 64%,.

Відсоток оснащення в амбулаторіях автомобілями відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення – 60%

Відсоток оснащення амбулаторій АРМ відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення / наявність інтернету - 35%/ +

Характеризуючи стан надання медичної допомоги в цілому, то слід відмітити, що в закладі змінюється вектор роботи з лікувальної на профілактичний. Лікарі загальної практики - сімейні лікарі більше працюють на попередження хвороб, працюють з цілою сім’єю. Адже це є однією із основних функцій сімейного лікаря, закладу первинної медико-санітарної допомоги.

РОЗДІЛ 3.
АДАПТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1. Оцінка показників діяльності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

На підставі Договору № 0825-Е420-Р000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій від 27.03.2020 року та на підставі договору № 0825-Е420-Р000/01 про внесення змін до договору № 0825-Е420-Р000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради надається перелік пакетів послуг:

1. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах - 5341238,62 грн.;
2. Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій – 5777239,65 грн.;
3. Медична допомога при пологах - 6907489,47 грн;
4. Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям – 1 427 703,89 грн..

Відносини у сфері фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування регулюються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Бюджетним Кодексом України, Податковим

Кодексом України, іншими законами України і нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до них (Основи законодавства, 23)

Закладу надана певна самостійність щодо уповноваження приймати рішення з різних аспектів надання послуг. Повноваження щодо прийняття рішень стосуються шести аспектів: кількості вкладеної праці, капіталовкладень, інших вкладень, рівня та складу послуг, процесів управління.

Тому в рамках цього проведено дооснащення відділень підприємства медичним обладнанням.

Дохідна частина фінансового плану на 2020 рік – 96784,2 тис. грн.:

- 10722,0 тис. грн. – державний бюджет (в т.ч. гемодіаліз 7048,9 тис. грн., цукровий діабет – 3673,1 тис. грн.),

- 73388,4 тис. грн. - за рахунок медичної субвенції (в подальшому за рахунок коштів за договорами з НСЗУ).

Дохід з місцевого бюджету – 10683,9 тис. грн., в т.ч.: на оплату комунальних послуг та енергоносіїв (загальний фонд) – 7887,5 тис. грн., продукти харчування – 1056,4 тис. грн. (загальний фонд).

Дохід з місцевих бюджетів на капітальні видатки (спецфонд) – 1740,0 тис. грн., в т.ч.: 440,0 тис. грн. на придбання дороговартісного обладнання (співфінансування за інвестиційним проектом), 300,0 тис. грн. – на проведення капремонту (співфінансування за інвестиційним проектом), 1000,0 тис. грн. – придбання комп'ютерної техніки.

Інші доходи (дохід від безоплатно одержаних активів) амортизація – 1989,9 тис. грн.

На протязі 9 місяців 2020 року витрати установи складалися з (Таблиця 3.1):

Таблиця 3.1.

Витрати КНП Шосткинська ЦРЛ за період січень-вересень 2020 р.

П\П №	КЕКВ	Предмет закупівлі	сумма, грн
1	2210	Предмети, матеріали,обладнання та інвентарь	17165,82
2	2220	Медикаменти та перевязувальний матеріал	346357,85
3	2230	Продукти харчування	-
4	2240	Оплата послуг (крім комунальних)	33000
5	2250	Видатки на відрядження	5400
6	2271	Послуги з постачання водяної пари і гарячої води	318729,92
7	2272	Обробляння та розподілення води трубопроводами (послуги 3 водопостачання)	32656,67
8	2273	Енергія електрична	78545,22
9	2274	Оплата природного газу	71532,65
10	2275	Оплата інших енергоносіїв	
11	2282	Окремі заходи по реаліз.програм	
12	2730	Інші виплати населенню	231988,53
13	3110	Придбання обладнання і предметів довгострокового	
14	3132 к	Капітальний ремонт	
		Всього:	1135376,66

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

Таким чином, в рамках адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я ми:

– зберегли переваги Шосткинської ЦРЛ (загальнодоступність, ефективна система контролю витрат;

– стимулювали більш ефективну роботу лікарів на макрорівні;

– забезпечили оптимальне поєднання вартості та якості медичної допомоги;

– Намагалися впровадити систему стратегічної закупівлі медичної допомоги (обладнання та предметів довгострокового користування).

З метою економічного і раціонального використання бюджетних коштів: Наказом КНП «Шосткинська ЦРЛ» від 21.03.2019 року №134/01-04 з 01.04.2019 року скорочено:

- 1 ліжко шкіро-венерологічного відділення;

- 2 ендокринологічних ліжка терапевтичного відділення №1;

- 1 дитяче травматологічне ліжко в травматологічному відділенні.

Амбулаторно-поліклінічний прийом здійснюється по 28 спеціальностям. За 9 місяців 2020 року всього відвідувань в порівнянні з 2019 роком зменшилося на 10,13%. Скорочення числа лікарських відвідувань у порівнянні з 2019 роком відбулося у: онкологів; офтальмологів; ревматолога; гінекологів; травматологів; дерматовенерологів.

Використання пропускної здатності за 9 місяців 2020 року у цілому по ЛПЗ району склало 91,7% (2019 р. – 92,1%).

У розрізі ЛПЗ району ліжкова мережа використана у % (Табл.3.2.)

Таблиця 3.2.

Використання ліжкової мережі у % за 2020 рік

2019 рік	**2020 рік**	**Зміна показника** **+ -**
94,1	93,2	-0,9

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

Як видно з наведеної таблиці, відсоток використання ліжкового фонду зменшився по усім ЛПЗ району, окрема дитячої лікарні.

Ліжковий фонд в повному обсязі не використаний. Серед відділень ЦРЛ недостатньо освоєні ліжка по:

– наркологічному - 97,4%
– хірургічному - 96,5%
– терапевтичному №2 - 96,3%
– травматологічному - 95,7%
– терапевтичному №1 - 93,7%
– інфекційному - 84,6%
– кардіологічному - 82,4%
– пологовому - 41,5%

Середня тривалість перебування хворого на ліжку у порівнянні з 2019 роком виглядає таким чином (Таблиця 3.3.):

Таблиця 3.3.

Середня тривалість перебування хворого на ліжку

2019 рік	**2020 рік**	**Зміна показника +-**	**Обл.пок. 9 міс.2020 р.**
9,3	8,7	-0,6	9,4

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

За 9 місяців 2020 року ліжка денного стаціонару використані по ЦРЛ на 94,4% (2019 р. – 112,3%).

В розрізі структурних відділень КНП "Шосткинська ЦРЛ" ліжка ДС не в повному обсязі використані по:

– кардіології - 86,4%
– отоларингології - 67,5%
– жіночій консультації - 66,5%
– офтальмології - 63,0%

Хірургічна активність у стаціонарах хірургічного профілю по ЦРЛ незначно зменшилась і склала 54,8% (2019 р.- 56,26%) та залишилась нижче обласного показника. Обл. показник 9 міс.2020 р. – 57,4%).

У розрізі структурних відділень та профілю ліжок в порівнянні з 2019 роком хірургічна активність зменшилася по:

- хірургічним дорослим ліжкам з 61,2% до 56,4%
- травматологічному відділенню з 85,9% до 82,8%
- ЛОР відділенню з 72,9% до 65,4%
- очному відділенню з 32,7% до 30,0%

Загально-лікарняна летальність по ЦРЛ незначно зменшилась та склала 1,81% (2019 р. – 1,87%), але залишилась вище обласного показника (обл. пок. серед ЦРЛ за 9 міс. 2020 р. – 1,71%).

У розрізі структурних відділень та профілю ліжок в порівнянні з 2019 роком загально-лікарняна летальність збільшилась по:

- ендокринологічним ліжкам з 0,34% до 1,00%
- кардіологічному відділенню з 5,13% до 5,84%
- інфекційному відділенню з 0,94% до 1,60%
- неврологічному відділенню з 5,40% до 6,38%
- терапевтичному відділенню №2 з 0,00% до 0,40%

В цілому по ЛПЗ району загально-лікарняна летальність незначно зменшилась та склала 1,55% (2019 р. – 1,60%), але залишилася вище обласного показника (обл.пок. 9 міс.2020 р. – 1,29%).

Післяопераційна летальність по ЦРЛ в порівнянні з 2019 роком незначно зменшилась та склала 0,38% (2019 р. – 0,44%), але залишилась вище обласного показника (обл.пок. 9 міс.2020 р. – 0,30%).

Ліжка, виділені для ВВ по ЦРЛ освоєні на 32,5% (2019 р. – 37,7%).

Недостатньо освоєні ліжка для ВВ по усім відділенням.

Украй недостатньо освоєні ліжка для ВВ по:

- очному відділенню - 21,8%
- хірургічному відділенню - 17,3%
- протитуберкульозному диспансеру - 6,6%

Зовсім не використовувалися ліжка для ВВ по терапевтичному відділенню №2.

Ліжка виділені для чорнобильців використані по ЦРЛ на 38,6% (2019 р. – 34,8%), в цілому по району освоєні на 29,4% (2020 р. – 26,7%).

Недостатньо освоєні ліжка для чорнобильців по усім відділенням.

Украй недостатньо освоєні ліжка по відділенням ЦРЛ:

– очному - 17,9%

– хірургічному - 5,9%

– ЛОР - 5,0%

Зовсім не використовувалися ліжка для чорнобильців по протитуберкульозному відділенню.

Ліжка виділені для інвалідів працездатного віку в цілому по району освоєні на 86,4% (2019 р. – 96,4%), по ЦРЛ освоєні на 111,8% (2019 р. – 107,9%).

Недостатньо використані ліжка для інвалідів працездатного віку по:

- очному відділенню - 57,3%
- травматологічному відділенню - 46,3%
- протитуберкульозному диспансеру - 46,3%
- кардіологічному диспансеру - 44,3%

Хосписні ліжка за 2020 рік в цілому використані на 96,4% (2019 р. – 81,6%).

Недостатньо освоєні ліжка по:

- інфекційному відділенню - 79,0%
- гінекологічному відділенню - 52,6%

Число пролікованих хворих з інших районів у розрізі структурних відділень склало (Таблиця 3.4.):

Таблиця 3.4.

Число пролікованих хворих з інших районів

Найменування відділення	2019 р.	2020 р.	Зміна показника + -
гінекологічне	162	224	+62
очне	184	160	-24
інфекційне	34	37	+10
кардіологічне	27	32	+5
ЛОР	112	104	-43
неврологічне	41	63	+22
пологове	151	140	+11
терапевтичне №1	94	58	+36
травматологічне	126	155	+29
хірургічне	175	242	+67
шкіро-венерологічне	34	29	+5
наркологічне	95	93	-2
ВСЬОГО по ЦРЛ	**1235**	**1337**	**+102**

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

Число пролікованих хворих з інших районів за 2020 рік у порівнянні з 2019 роком збільшилося на 80 хворих, чи на 5,4%.

Число пролікованих хворих з інших районів по ЦРЛ збільшилось на 102 хворих, чи на 8,3%.

Число пролікованих хворих з інших районів по дитячій лікарні зменшилось на 22 хворих, чи на 8,8%.

Пролікованих хворих з інших районів збільшилося по 9-ти відділенням:

Зменшилося по 5-ти: очному; ЛОР; наркологічному; сомато-педіатричному; інфекційному дитячому.

Середня тривалість перебування хворого з міжрайону по ЦРЛ склала 7,8 л/днів (відповідно 2019 р. - 8,0 л/днів).

В цілому по ЦРЛ цей показник за 2020 рік склав 8,7 ліжко/днів.

Аналіз діяльності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради висвітлив, що основну увагу персоналу лікарні потрібно звернути на профілактику та діагностику соціально небезпечних захворювань (туберкульоз, ВІЛ/СНІД та под.), та на подальше підвищення якості диспансеризації та лікування населення.

В центральній районній лікарні потрібно, на наш погляд, вирішити наступні проблеми:

– отримати першу категорію енергопостачання (для забезпечення безперебійного електропостачання трьох операційних та відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії);

– знайти кошти на модернізацію централізованого стерилізаційного відділення;

– постійно проводити роботу з закупівлі сучасного медичного обладнання та меблів;

– облаштувати пандус приймального відділення;

– реконструювати котельню з подальшим її переводом на опалення твердим паливом;

– провести капітальний ремонт внутрішньолікарняної електромережі, систем опалення та водопостачання, зовнішнього освітлення території;

– запланувати та провести капітальний ремонт пральні та архіву;

– придбати сучасне медичне обладнання: освітлювачі безтіньові стаціонарні та пересувні для операційних, фізіотерапевтичне обладнання, електрокардіостимулятор зовнішній, комп’ютерний енцефалограф та інше;

– придбати електроплиту для харчоблоку;

– придбати необхідний медичний інвентар (функціональні ліжка, ліжка, приліжкові тумбочки та інше) та постільну білизну.

Основні стратегічні напрямки діяльності щодо медичного забезпечення населення ми вбачаємо наступні. КНП «Шосткинська центральна районна

лікарня» Шосткинської міської ради у своїй діяльності ставить наступні завдання на 2021 р.:

– подальше підвищення якості надання медичних послуг;

– постійна робота над підвищенням позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я;

– систематичне впровадження сучасних медичних технологій з доведеною ефективністю;

– захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику;

– одним з головних завдань й надалі зостається покращення стану здоров'я населення.

– робота всього колективу лікарні над виконанням національних і регіональних програм з питань охорони здоров'я;

– дотримання визначених термінів перебування хворих на ліжку;

– подальше постійне впровадження стандартів медичних технологій при наданні діагностичної, лікувальної допомоги населенню;

– забезпечення раціонального використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, укріплення матеріально-технічної бази лікарні.

3.2. Рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я

Для сучасної української системи охорони здоров'я на сьогодні особливо актуальною є проблема підвищення ефективності діяльності медичних установ й організації медичної допомоги населенню. У зв'язку з цим необхідно знайти вирішення таких завдань, як ресурсне забезпечення галузі та раціональне використання наявних ресурсів, розвиток альтернативних джерел фінансування, інформатизації системи управління та надання медичних послуг

населенню та створення умов для впровадження сучасних високотехнологічних медичних технологій тощо.

Необхідність вирішення цих складних завдань, в свою чергу, вимагає нових форм, методів і моделей управління всіма ланками системи охорони здоров'я та економічних процесів, включаючи створення моделей управління з використанням європейського досвіду.

Аналіз європейського досвіду адміністрування ЗОЗ та практика управління показує, що існуючий організаційно-економічний механізм управління системою охорони здоров'я та її структурними складовими недостатньо адаптований до реальних ринкових умов. Дана обставина багато в чому обумовлює низьку ефективність управління охороною здоров'я. Спроби реформування з точки вливання фінансових ресурсів, внесення змін, що базуються на застарілих управлінських технологіях, показали свою не результативність. Виникла потреба у впровадженні технологій сучасного європейського менеджменту в діяльність медичних організацій. Застосовуючи ці умови, можна сподіватися на використання інноваційних технологій діагностики та лікування захворювань, які дозволять вирішити стратегічні завдання розвитку охорони здоров’я нашої країни..

У медичній діяльності управління орієнтоване на виробництво, розподіл, обіг, споживання медичних товарів і послуг, учасників цих процесів (персонал і організації, що здійснюють охорону здоров'я діяльність) і на пацієнтів - споживачів послуг.

Для органів місцевої влади та структурних підрозділів з питань охорони здоров'я відкриті дані на сайті НСЗУ надають великі можливості аналізу статистичних даних для планування розвитку системи охорони здоров’я області, району, міста, села чи ОТГ. Для стратегічного планування, наприклад, важливо визначити необхідну кількість лікарів та молодшого медперсоналу на певних територіях чи в закладах, їхню спеціалізація.

Також цей інструмент дозволяє вирішувати тактичні задачі. Наприклад, керівництво району може заохотити фахівця перейти з одного закладу до

іншого, побачивши, де менше декларацій припадає на одного лікаря. Крім цього, представники місцевої влади можуть побачити цілісну картину щодо укладання договорів закладами з Національною службою здоров’я.

Значущим завданням в рамках адміністрування на місцевому рівні є вдосконалення управління на рівні лікувального закладу. Кожна медична організація в ході свого функціонування накопичує корпоративні знання, щодо:

– норм, правил, методів і стилю прийняття управлінських рішень;

– цілей і спеціалізації ЗОЗ,

– можливостей розвитку в певному потрібному напрямку;

– діючих медико-технологічних процесів, їх принципів організації та методів функціонування;

– показників та критеріїв оцінки якості медичної допомоги;

– потреб у фахівцях з усіх напрямків діяльності ЗОЗ;

– даних про вартість лікувальних, діагностичних та сервісних послуг в даному закладі;

– протоколів і стандартів ведення лікувально-діагностичного процесу.

Спосіб формування і застосування корпоративного знання багато в чому визначається застосовуваними в ЗОЗ методами управління.

Сучасні інноваційні методи адміністрування закладів охорони здоров'я, які використовуються в більшості європейських країн, базуються на принципі широкого використання в управлінні корпоративного знання, заснованого на застосуванні інформаційно-аналітичних систем, що дозволяють об'єднати медико-технологічні та економічні інформаційні потоки з використанням єдиної обліково-аналітичної одиниці (закінченого випадку лікування хворого, клініко-статистичної групи тощо).

Постійне вдосконалення процесів адміністрування є ключовою справою місцевої влади, що успішно використовується по всьому світу.

Узагальнимо, що потрібно надалі адаптувати з європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я, щоб вплинути на якість медичної допомоги на місцевому рівні:

– забезпечити державні гарантії надання медичних послуг відповідно до видів медичної допомоги;

– надалі розвивати доступну мережу закладів охорони здоров’я;

– безперервно покращувати якість медичної допомоги;

– впроваджувати електронну системи охорони здоров’я;

– забезпечувати пацієнтів лікарськими засобами;

– розробляти ефективну політику щодо розподілу коштів між різними напрямками закупівель;

– впроваджувати стратегічні закупівлі медичних послуг та лікарських засобів на місцевому рівні;

– оптимізувати мережу та проводити подальшу децентралізацію у сфері охорони здоров’я на місцевому рівні;

– забезпечувати подальший розвиток первинної ланки охорони здоров’я;

– зміцнювати екстрену медичну допомогу;

– забезпечувати рівний доступ до ринку всіх надавачів медичних послуг, що відповідають критеріям якості;

– залучувати іноземні капітальних інвестиції для будівництва нових сучасних лікарень та забезпечення закладів сучасним обладнанням та кращими ІТ-рішеннями;

– забезпечувати оптимізацію мережі закладів охорони здоров’я з метою оптимального і раціонального використання людських та фінансових ресурсів;

– забезпечувати надання достовірної інформації в необхідному обсязі для всіх учасників системи охорони здоров’я на місцевому рівні.

Узагальнюючи вищесказане, ми можемо зробити наступні висновки: під адмініструванням закладів охорони здоров’я на сучасному етапі ми розуміємо цілеспрямовану роботу з реалізації всіх складових державної програми охорони здоров'я.

Оскільки основою європейського адміністрування є фінансування, зауважимо, що аналіз міжнародного досвіду, рекомендацій ВООЗ, а також аналіз специфіки моделей системи охорони здоров’я в країнах світу свідчать, що єдиним дієвим способом забезпечення якісного медичного захисту без фінансового стресу для громадян в Україні ми вважаємо перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком і замовником централізованої закупівлі медпослуг - Національною службою здоров'я України.

Солідарне медичне страхування, як демонструє досвід багатьох країн світу, дає можливість розподілити ризики виникнення хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб. Державний пакет медичної допомоги є обов’язково гарантованим, прозорим, та містить визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років та у зв’язку з вагітністю та пологами, а також перелік лікарських засобів. Зауважимо, що право на отримання державного пакету медичної допомоги у разі потреби будуть мати всі без винятку громадяни України, а вартість пакету система страхування буде компенсувати повністю або частково.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі на місцевому рівні повинна здійснюватися поступово. Ми вважаємо, що саме поступовість є особливо важливим фактором забезпечення належного соціального захисту медичної системи; перепідготовки її працівників; її подальшого реформування.

ВИСНОВКИ

Метою нашого дослідження стало наукове обґрунтування та впровадження комплексу механізмів вдосконалення управління закладами охорони здоров’я на основі адаптації європейського досвіду на місцевому рівні.

Згідно меті дослідження ми вирішували його задачі.

Ми проаналізували досвід вдосконалення управління розвитком охорони здоров'я в країнах Європи. Аналіз зарубіжного досвіду дозволив зробити наступні висновки: ні в одній країні не існує конкретних моделей адміністрування та фінансування закладів охорони здоров’я в чистому вигляді. Жодна модель не універсальна. У будь-якій з моделей є тільки одне домінуюче джерело фінансування. У бюджетній і страховій моделях держава забезпечує понад 70 % всіх витрат. Найважливішим фактором стійкості систем охорони здоров’я є охоплення населення безкоштовними медичними послугами, відсутність дублювання витрат, ефективність витрачання ресурсів і доступність медичних послуг.

Надалі ми висвітлили досвід адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні (на прикладі КНП Шосткинська районна лікарня). Характеризуючи стан надання медичної допомоги в цілому, то слід відмітити, що в закладі змінюється вектор роботи з лікувальної на профілактичний.

В рамках адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров’я ми: зберегли переваги Шосткинської ЦРЛ (загальнодоступність, ефективна система контролю витрат); стимулювали більш ефективну роботу лікарів на макрорівні; забезпечили оптимальне поєднання вартості та якості медичної допомоги; намагалися впровадити систему стратегічної закупівлі медичної допомоги (обладнання та предметів довгострокового користування).

Потім ми проаналізували стан та показники діяльності Шосткинської ЦРЛ та визначили можливості адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні.

Основні стратегічні напрямки діяльності щодо медичного забезпечення населення ми вбачаємо наступні: підвищення якості медичних послуг; підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я; впровадження сучасних медико-технологічних документів, розроблених на основі існуючої практики медичних втручань та технологій з доведеною ефективністю; захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику; покращення стану здоров'я населення; виконання національних і регіональних програм з питань охорони здоров'я; забезпечення раціонального використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, укріплення матеріально-технічної бази лікарні.

Згідно останнього завдання дослідження ми надали рекомендації щодо адаптації європейського досвіду адміністрування закладу охорони здоров’я на місцевому рівні.

Аналіз європейського досвіду адміністрування ЗОЗ та практика управління показує, що існуючий організаційно-економічний механізм адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні недостатньо адаптований до реальних ринкових умов. Виникла потреба у впровадженні технологій сучасного європейського менеджменту в адміністрування закладів охорони здоров'я.

Ми вважаємо, що адміністрування закладів охорони здоров’я на місцевому рівні в Україні повинно надалі збільшувати ступінь самостійності закладів охорони здоров'я; ступінь їх схильності до дії ринкових механізмів; статус закладів охорони здоров'я як претендентів на залишок; структури підзвітності та соціальні функції закладів охорони здоров'я

Застосовуючи ці умови, можна сподіватися на використання інноваційних технологій діагностики та лікування захворювань, які дозволять вирішити стратегічні завдання розвитку охорони здоров’я нашої країни..

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андропов, В.В. (2015). Медицинское страхование в Германии. *Проблемы управления здравоохранением*. (4).- С. 16-21.

2. Бойчик, І. М., Харів, П. С. & Хопчан, М. І. (2010) Економіка підприємства: навч. посіб. Львів: Сполом.

3. *Бюджетний Кодекс України*. (2018) Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t102456?ed=2018_01_01

4. Василенко, В.А. & Ткаченко, Т. І. (2013). Виробничий (операційний) менеджмент: навч. посіб.. Київ: ЦУЛ.

5. Виноградський, М.Д., Виноградська, А. М. & Шкалова О. М.(2013). Організація праці менеджера: навч. посіб. Київ: Кондор.

6. Грабовський, В. А. & Клименко. П.М. (2014). Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. (3). С. 136-142.

7. Грищенко, Р.В. & Сластных, Е.И. (2015). О реформировании системы здравоохранения во Франции. *Здравоохранение*. - 2015. (9). С. 40-46.

8. Дмитрук, О.В. (2018). Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. Вилучено з:: http://www: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf.

9. *Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС* (2018). Вилучено з:: https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis.

10. Закон України "Про ліцензування видів господарської діяльності". Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t150222?ed=2018_01_01

11. Закон України "Про страхування". Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/z960085?ed=2017_12_21

12. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t172168?ed=2017_10_19

13. Закон України Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг. Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t012664?ed=2017_12_21

14. Іваненко, В. М. (2010). Курс економічного аналізу: навч.-метод. посіб. Київ: КНЕУ.

15. Карпишин, Н., Комуніцька, М. (2008). Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. (1). Вилучено з: http://dspace.tneu.edu. u a/b i t s t re am/ 3 1 6 4 9 7/ 2 6 4 2 5/ 1/%D 0%9A%D0%90%D0% A0%D0%9F%D0% 98%D0%A8%D0%98%D0%9D.pdf

16. Корвякова, О.А. (2016). Великобритания модернизирует здравоохранение. *Медицинский вестник*. (6). С. 19-20.

17. Мартинюк, О. А. & Курдибанська, Н.Ф.(2016). Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. Вип. 6. С. 75-79.

18. Мельник, Л. А. (2018). Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здоровоохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. (11). Вилучено з:: http://www.dy. nayka.com.ua/?op=1&z=1336.

19. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.* Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю(2018). Тернопіль-Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. Вилучено з: http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf

20. Назарко, С.О. (2019). Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. Вилучено з: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

21. *Науковий менеджмент в медицині*.(2019). Вилучено з:: http://angioveritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment.

22. *Основи законодавства України про охорону здоров'я*. (2020). Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t280100?ed=2018_01_30

23. Островская, Е. (2016). Реформирование социальной сферы во Франции . *Современная Европа*. (4). -С.69-83;

24. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения (ВООЗ). Вилучено з:: https://www.who.int/home.

25. Офіційний сайт Верховної Ради України. Вилучено з:: https://zakon.rada.gov.ua/ laws/main/c43.

26. Податковий Кодекс України. Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t10_2755?ed=2018_09_06

27. Полина, Н.А. (2015). Пути совершенствования управления в учреждении здравоохранения. *Современные проблемы науки и образования*. № (1-1.). Вилучено з: http://science-education.ru/ru/article/view?id=19417

28. Положення про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. *Офіційний вісник України*. 2018. (15). Ст. 29.

29. *Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики*: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. (2016). *Офіційний вісник України*. (30). Ст. 18.

30. *Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України*. (2015). Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. *Офіційний вісник України*. (38). Ст. 86.

31. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. *Офіційний вісник України*. 1997. (29). Ст. 61.

32. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. *Офіційний вісник України*. 1999. (25). Ст. 20.

33. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. *Офіційний вісник України*. (20). Ст. 190.

34. *Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році*? (2019). Вилучено з: http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html.

35. Сайт КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради. Вилучено з:: https://crl.com.ua/index.php

36. Смирнов, С. О. & Бикова, В.Г. (2016). Механізм економічного управління закладами охорони здоров’я . *Управління розвитком*. (3). С. 78-83.

37. Статут Комунального некомерційного підприємства КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

38. Стефанишин, Л. С. (2019). Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров’я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. (3). С. 160-166.

39. *Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити*. (2019). Вилучено з:: https: // www.umj.com.ua/article/127584.

40. Хміль, Ф.І. Управління персоналом: підручник.(2006). Київ: Академвидав.

41. Цивільний Кодекс України. Вилучено з:: https://ips.ligazakon.net/document/view/t030435?ed=2018_07_12

42. Юринець, З. В. & Петрух, О.А. (2018). Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. (22). С. 116-121.

43. Ямненко, Т. М. (2018). Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. (2). С. 116-120.

ДОДАТКИ

Додаток А.

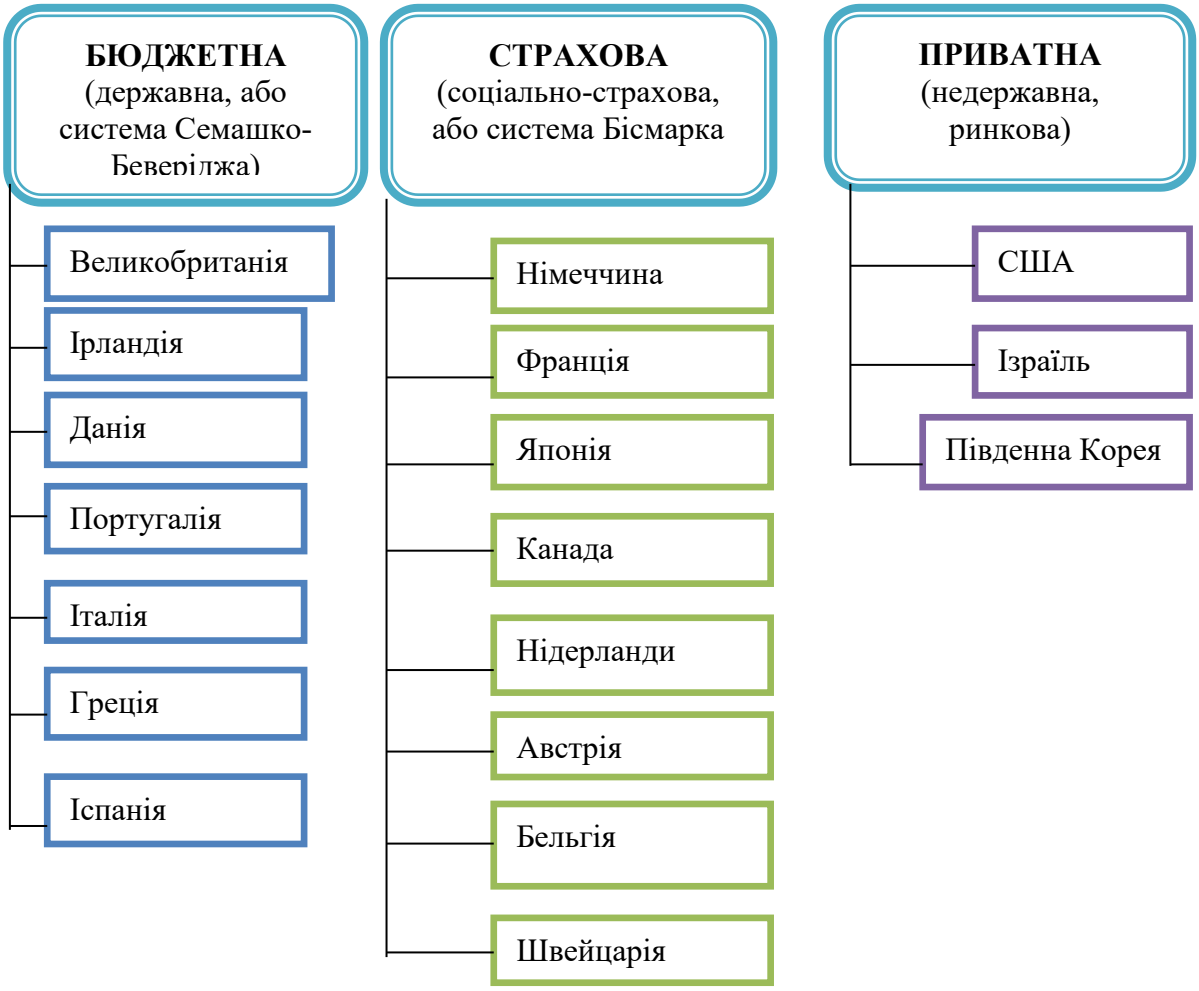

Рис.1.1. Класифікація систем охорони здоров'я провідних країн світу згідно основним моделям

Додаток Б.

Рейтинг систем охорони здоров'я згідно версії ВООЗ

Країна	Місто в рейтингу
Франція	1
Італія	2
Сан-Маріно	3
Андорра	4
Мальта	5
Сингапур	6
Іспанія	7
Оман	8
Австрія	9
Японія	10
Норвегія	11
Португалія	12
Монако	13
Греція	14
Ісландія	15
Люксембург	16
Нідерланди	17
Великобританія	18
Ірландія	19
Швейцарія	20
Бельгія	21
Колумбія	22
Швеція	23
Кіпр	24
Німеччина	25
Саудівська Аравія	26
Об'єднані Арабські Емірати	27
Ізраїль	28
Марокко	29
Канада	30
Фінляндія	31
Австралія	32
Чілі	33
Данія	34
Домініканська Республіка	35
Коста-Ріка	36
США	37
Словенія	38

Джерело: узагальнено на основі *The World Health Report 2018. Geneva: WHO, 2018.*

Додаток В.

Постійне населення м.Шостки та Шосткинського району:

	2019 р.	**9 місяців 2020 р.**	**Зміна показника**	
			Абс.число	**%**
Всього населення	**96414**	**95159**	**-1255**	**-1,30**
місто (Шостка+Вороніж)	83074	82084	-990	-1,19
м.Шостка	76006	75121	-885	-1,16
смт Вороніж	7068	6963	-105	-1,48
села району	13340	13075	-265	-1,99

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних по м. Шостка та Шосткинському району

Додаток Г.

Наявне населення м. Шостки та Шосткинського району:

	2019 р.	**2020 р.**	**Зміна показника**	
			Абс.число	**%**
Всього населення	**96080**	**94825**	**-1255**	**-1,31**
місто (Шостка+Вороніж)	82874	81884	-990	-1,19
м.Шостка	75909	75024	-885	-1,17
смт Вороніж	6965	6860	-105	-1,51
села району	13206	12941	-265	-2,0

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних по м. Шостка та Шосткинському району