

13. Кузьміна І.Ю., Шутова Н.А., Ніколаєва О.В., 2019, Патент на винахід №118945 Україна МПК G09B 23/28 «Спосіб моделювання метаболічного синдрому в експерименті» – Оpubл. 25.03.19. Бюл. № 6.
14. Niloofar H. & Thibault L. 2010 High-fat diet-induced obesity in animal models, Nutrition Research Reviews, Vol. 23, pp. 270–299.
15. В.И. Лузин, В.Н. Морозов и др., 2013 Динамика маси тела половозрелых крыс после 60-ти дневного введения бензоата натрия или тартразина в различных дозах, Бюллетень Оренбургс центр Уро РАН, Т9, № 4-2 (42). С. 84–86.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-2.18>

## **ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ В УМОВАХ КРИЗИ**

**Щиріна К. В.**

*аспірантка кафедри управління охороною здоров'я  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика*

**Михальчук В. М.**

*доктор медичних наук, професор,  
заслужений працівник охорони здоров'я України,  
завідувач кафедри управління охороною здоров'я  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імен. П. Л. Шупика*

**Толстанов О. К.**

*доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри управління охороною здоров'я  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика*

**Гбур З. В.**

*доктор наук з державного управління,  
професор кафедри управління охорони здоров'я  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика  
м. Київ, Україна*

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я управління медичними закладами в Україні за останні двадцять років можна охарактеризувати як таке, що призводить до кризового стану, про що вказують такі показники: низький рівень поточних витрат на охорону здоров'я на душу населення 125 дол. [11] та поточних витрат на охорону здоров'я у відсотках до валового внутрішнього продукту 6,1% [12], внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я 51,5% [13] (у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я), витрати населення «з власних кишень» становлять 47,8% [14] від поточних витрат. Неплатоспроможність населення, нестача фінансування та державних гарантій забезпечення якісних медичних послуг, низький рівень матеріально-технічного забезпечення медичних закладів зумовили кризову ситуацію системи охорони здоров'я, що в свою чергу потребує дослідження теоретико-методологічних підходів до управління медичним закладом в умовах кризи. У науковій літературі обґрунтовано використання різних підходів до управління в закладах охорони здоров'я, зокрема системний, програмно-цільовий, клієнто орієнтований, процесний підхід на основі внесення інновацій та вирішення системних проблем, прагматичний підхід на основі доказової медицини. Варто також виділити компетентісний підхід, який повинні використовувати заклади охорони здоров'я в управлінській діяльності. У середині минулого століття в наукових роботах з управління організаціями спостерігаються якісні зрушення, що було пов'язано з використанням методології системного підходу до управління підприємствами.

Системний підхід – це напрям методології спеціального наукового пізнання та соціальної практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів як систем [2]. Система – сукупність елементів, які перебувають у зв'язку та відношеннях між собою, що утворюють визначену цілісність, єдність. У галузі охорони здоров'я організація процесу надання медичної послуги будується на системі виробничих відносин, ієрархічних зв'язках та на системі правил, прав, відповідальності, обов'язків тощо.

До найбільш ефективних інструментів управління розвитком сьогодні вже апріорі відносять програмно-цільові підходи, а саме: стратегічне планування, кластерний та проектний підхід для концентрації ресурсів у процесі реалізації стратегій та програм розвитку діяльності, програмно-цільове формування бюджету та інші. Ці інструменти, в першу чергу орієнтовані на інноваційний розвиток, на досягнення

кінцевих результатів діяльності, які виражаються через задоволення потреб та інтересів закладів охорони здоров'я та отримання ними певних суспільних вигід [9].

Суть програмно-цільового підходу до забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я полягає у виявленні проблем, що вимагають дослідження і ефективного вирішення, розробці стратегічних планів або відправних програм усунення перешкод на шляху досягнення поставлених цілей, формуванні відповідних напрямів управління [1].

Програмно-цільовий підхід є однією з основних форм комплексного, системного підходу до процесів управління об'єктами, процесами, відносинами різної природи та змісту, способом вирішення великих і складних завдань за допомогою вироблення та здійснення системи програмних заходів, орієнтованих на цілі, досягнення яких забезпечує розв'язання проблем, що виникли. Його застосування полягає у визначенні конкретних ресурсів для вирішення комплексних проблем, гармонізації усіх видів діяльності, активностей та заходів, які здійснюються окремими інституціями й різними рівнями управління, відстеженні результативності прийнятих рішень та виконаних завдань. Кінцевим результатом впливу програмно-цільового підходу є забезпечення рівного доступу кожному індивіду до усіх необхідних послуг належної якості. Такий підхід має бути постійним і безперервним.

Поняття «програмно-цільове управління» трактується в широкому сенсі і як метод програмного втілення управлінських рішень, і як реалізація комплексного підходу при вирішенні соціально-економічних проблем. Програму розглядають як інструмент змін, вибраний з декількох альтернативних варіантів як найбільш ефективний шлях досягнення намічених результатів. Поняття «цільова» передбачає спрямованість програм на досягнення заздалегідь встановленої, чітко визначеної мети [3].

Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення – програма – бюджет – контроль», тобто наявні управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досягнення яких потребує певного плану заходів, складання і оптимізації бюджету та контролю його виконання. Його реалізація вимагає наявності відповідної методологічної бази, кваліфікованих фахівців і програмно обчислювальних комплексів, що ускладнює його застосування в умовах приватних закладів охорони здоров'я, проте за певних умов [7].

На практиці програмно-цільовий підхід реалізується через регіональні цільові програми (РЦП) та забезпечує прямий взаємозв'язок між розподілом бюджетних ресурсів та фактичними чи запланованими результатами їх використання відповідно до встановлених пріоритетів державної політики. Перевагами застосування цього методу слід відзначити створення фінансово ресурсного забезпечення для досягнення поставлених цілей та гарантію цільової спрямованості їх використання. Перспективним еволюційним шляхом розвитку закладів охорони здоров'я є впровадження інноваційних підходів до управління. Розвиток інновацій – рушійна сила організаційних змін, оскільки впливає на процеси медичного обслуговування, як наслідок оптимізує структуру медичних послуг. Від впровадження інновацій в медичному закладі залежить результативність зусиль щодо реформування галузі у цілому.

Інновації можуть проявлятися в нових процесах, методах роботи, технологіях, нових підходах до організації роботи. Ключову організаційно-методичну роль у визначенні основних напрямків вдосконалення, розробці та реалізації інноваційних перетворень відіграють управлінські технології. Базовими концепціями сучасних управлінських технологій в охороні здоров'я є системний та процесний підходи, прийняття рішень, заснованих на доказах, впровадження концепції Total Quality Management (TQM) – тотального управління якістю. Залежно від концептуальної частини розрізняють такі інноваційні підходи організаційного вдосконалення та менеджменту якості: модель TQM, організаційна самооцінка, безперервне поліпшення якості, модель Європейського фонду управління якістю – ЄФУЯ, модель EFQM, цикл Демінга-Шухарта планууй-виконуй-перевірйй-корегуй, з яких останніми роками виокремився підхід 6 сигм, аудит зі зворотнім зв'язком тощо.

Управлінські технології розвитку здатності організації ставити і досягати цілі щодо задоволення усіх потреб зацікавлених сторін сконцентровано у вигляді фундаментальної концепції менеджменту якості або моделі ідеальних організацій.

Варто відзначити, що в Україні у зв'язку з реалізацією Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [4] впроваджуються нові стратегічні підходи до підвищення якості та доступності медичної допомоги та зменшення фінансових ризиків для населення, формується нова модель медичної допомоги. Сьогодні відбувається перехід від моделі М. О. Семаш-

ка, де система є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці, до нової моделі за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування усіх напрямків медицини до нового рівня якісного обслуговування та сучасних вимог європейського рівня. Одним з напрямків змін є автономізація постачальників медичної допомоги, перетворення лікарень у комунальні неприбуткові підприємства.

### Література:

1. Бриль М. А. Програмно-цільовий підхід до забезпечення розвитку сільських територій: Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління (доктора філософії) за спеціальністю 25.00.04. Національна академія державного управління при Президентіві України, Київ, 2019. 219 с.
2. Данченко О. Б., Лепський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проєктів проєктно-орієнтованого медичного закладу. Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проєктами, 2018. № 2 (1278). С. 45–52.
3. Кизим М. О. Теорія та практика оцінки пріоритетності та результативності державних цільових програм в Україні / М.О. Кизим, Г.М. Феденко // Бізнес Інформ. 2012. № 12. С. 6–13.
4. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення 10.08.2019)
5. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я // Управління розвитком. 3(185). 2016. С. 78–83.
6. Чикаренко І. А., Бородін Є. І. Програмно-цільовий інструментарій управління розвитком та співробітництвом об'єднаних територіальних громад. URL: <https://grani-print.dp.ua/index.php/home/article/view/100>
7. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). URL: [http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDP\\_SHA2011?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDP_SHA2011?lang=en) (date of access 07.11.19)

8. Current health expenditure (CHE) per capita in PPP. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcPPPSHA2011?lang=en> (date of access 07.11.19)

9. Current health expenditure (CHE) per capita in US\$. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en> (date of access 07.11.19)

10. Domestic private health expenditure (PVT-D) as percentage of current health expenditure (CHE) (%). URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDCHESHA2011?lang=en> (date of access 07.11.19)