

М. М. Мамчин¹, М. М. Колядич², І. І. Фуртак²

¹ Національний університет "Львівська політехніка",
кафедра маркетингу і логістики

² Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

<http://doi.org/10.23939/semi2019.04.104>

© Мамчин М. М., Колядич М. М., Фуртак І. І., 2019

Проведено аналіз експерименту зі створення моделі управління інтегрованим медичним комплексом адміністративної території. Висвітлено основні принципи, закладені в розвиток моделі керованої медико-соціальної допомоги на засадах сімейної медицини з оплатою за обсягом роботи. Досліджено механізм перерозподілу функцій між амбулаторіями сімейної медицини (АСМ), медико-соціальними закладами, госпітальною і спеціалізованою амбулаторною допомогою. Показано, що для успішного, гнучкого управління обсягами медичної та соціальної допомоги та їх фінансового забезпечення необхідно створити довідники госпітальних, діагностичних і амбулаторних медичних й соціальних послуг. Встановлено важливість формування потужної інформаційної системи, яка на основі медичної бази даних АСМ і центральної бази даних соціальних служб й центральних районних лікарень сформує корпоративну медичну мережу і, так, внесе до бази даних все населення.

На основі виконаних досліджень виявлено, що використання сучасних управлінських і комп'ютерних технологій дає змогу істотно покращити діяльність щодо ресурсного забезпечення і кожного лікувально-профілактичного закладу, і систем охорони здоров'я загалом. Особливої уваги заслуговує логістичний підхід в організації і управлінні системою охорони здоров'я, за яким можна оптимізувати графік ресурсного забезпечення різних структурних підрозділів медичного закладу, знизити рівень запасів виробів медичного призначення з обмеженим терміном зберігання, прискорити оборотність вкладеного капіталу. А, отже, знизити собівартість медичних послуг і покращити задоволення потреб пацієнтів у медичному і соціальному обслуговуванні. Водночас така система потребує відповідної організації автоматизованої системи моніторингу медичних виробів, яка сприятиме реалізації принципу стандартизації у процесі ресурсозбереження. Це підвищить медичну й економічну ефективність усієї системи охорони здоров'я.

Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, медичні й соціальні послуги, реформування медичної системи, логістичний підхід.

Постановка проблеми

Процеси європейської інтеграції та інституційні перетворення у сфері охорони здоров'я сприяють формуванню нової системи управління нею, яке має за мету пошук можливостей забезпечення всім верствам населення доступного, якісного медико-соціального забезпечення.

Зауважимо, що раціоналізації управління охороною здоров'я в Україні буде досягнуто за умови, якщо вдасться створити систему управління, здатну виконати необхідні цілі та завдання. Зазначимо, що нині доцільно не руйнувати радикальними реформами, а еволюційно перебудувати наявну систему на основі широкомасштабного планового впровадження новітніх технологій.

Антикризові заходи в системі охорони здоров'я (СОЗ) України необхідно провадити, еволюційно оптимізуючи її, щоб радикальними кроками не знищити остаточно.

Аналіз останніх досліджень та публікацій

Експеримент зі створення моделі управління інтегрованим медичним комплексом адміністративної території показав можливість такої раціоналізації через залучення ресурсів соціальних служб й наявної мережі медико-соціальних закладів.

Ця модель за рахунок інтеграції управління потоками пацієнтів дає змогу раціоналізувати кількість ліжок й посад на усіх рівнях СОЗ із залученням ресурсів структур міністерства праці і соціальної політики (МПСП), а також сім'ї, молоді й дітей, відповідно до реальної потреби, що сформувався на конкретній адміністративній території.

Основою цієї моделі закладено орієнтацію на розвиток моделі керованої медико-соціальної допомоги на засадах сімейної медицини (СМ) з оплатою за обсягом роботи.

Основні принципи, закладені в експеримент:

- 1) побудова системи управління медико-соціальною допомогою населенню на засадах медичної, соціальної й економічної доцільності;
- 2) забезпечення необхідної якості й рівної доступності медико-соціальної допомоги за мінімізації витрат й оплатою обсягу роботи;
- 3) спрямованість зусиль на вирішення персоніфікованих проблем конкретної людини, а не на середньостатистичного громадянина.

Сьогодні ці принципи використовує більшість СОЗ під час організації медико-соціальної допомоги населенню [1].

Відповідно до цього кожен мешканець повинен і має змогу одержати медико-соціальну допомогу в потрібний час, у потрібному місці, в необхідному обсязі й з мінімальними витратами.

Основою реалізації цих принципів був механізм перерозподілу функцій між первинною ланкою охорони здоров'я, госпітальними відділеннями, спеціалізованою амбулаторною допомогою й соціальними службами в межах єдиного медичного, соціального, фінансового і правового поля.

Для цього ЦРЛ, амбулаторії СМ (АСМ) й новостворювані медико-соціальні заклади (МСЗ) розглядаються як єдиний медико-соціальний комплекс, в якому інтегровані зусилля всіх структур, із розділенням обов'язків і загальною відповідальністю за кінцевий результат.

Більше того, вважаємо, що під оперативне управління центральних районних лікарень (ЦРЛ) варто передати також дієві сільські лікарні й лікарські амбулаторії та ФАПів, тому необхідно внести відповідні зміни до нормативно-правової бази [2, 3].

Медичний комплекс району потрібно перевести на принципи роботи комунального підприємства з переходом до оперативного управління ним. Механізм перерозподілу функцій між АСМ, МСЗ, госпітальною і спеціалізованою амбулаторною допомогою розглянемо нижче.

У разі зміцнення матеріальної бази МСЗ, АСМ і ФАПів, рівня підготовки сімейних лікарів (СЛ), поліпшення управлінських технологій зростають можливості збільшення кількості послуг, які вони реально можуть надати населенню, зокрема медичних й соціальних.

До того ж зменшуються потоки пацієнтів у стаціонари другого і третього рівнів, чисельність диспансерних груп вузьких фахівців поліклінік, що призводить до адекватного перерозподілу фінансових потоків на користь первинної ланки охорони здоров'я.

Такий підхід дає змогу еволюційно, без радикальної зміни структур СОЗ і МПСП, необґрунтованих витрат і соціальних ризиків реорганізувати систему медичної допомоги й соціальних послуг населенню в Україні загалом, перебудувати їх на засадах медичної, соціальної й економічної доцільності.

Для гнучкого управління обсягами медичної й соціальної допомоги та фінансовими потоками створюються довідники госпітальних, діагностичних і амбулаторних медичних й соціальних послуг, до яких належать послуги основного персоналу МСЗ та АСМ.

Розрахунок собівартості послуг виконують з урахуванням витрат центрів відповідальності за витрати. Це дає змогу вже сьогодні формувати портфель послуг підрозділів ЦРЛ, зокрема АСМ та МСЗ.

Для організації роботи медико-соціального комплексу в межах єдиного медичного, соціального і фінансового поля, оперативного управління обсягами медичної та соціальної допомоги й фінансовими потоками створюється потужна інформаційна система, як ґрунтуються на персоніфікованих базах даних населення, прикріпленого для обслуговування до АСМ й соціальних служб [4, 5].

На їх основі формується реєстр населення адміністративної території.

Медичні бази даних АСМ і центральна база даних соціальних служб й ЦРЛ об'єднано в корпоративну медичну мережу. Отже, все населення внесено до бази даних.

Надалі персоніфікований реєстр населення може слугувати основою для бази даних інших служб і страхових фондів.

Впровадження категорії «послуга», персоніфікованої медичної бази даних, комп'ютерних технологій дали змогу перейти на персоніфікований облік обсягів медичної й соціальної допомоги та витрат на її надання, оперативну оцінку якості.

Завдяки цьому можна довести медико-соціальну допомогу до кожного конкретного мешканця, співвідносити раціональність використання фондів із межами поособового нормативу, раціональність використання фонду загалом.

Така технологія роботи дає змогу перевести відносини СЛ із населенням на договірну основу [6, 7].

Постановка цілей

Мета статті – дослідити результати експерименту зі створення моделі управління інтегрованим медичним комплексом адміністративної території і обґрунтувати пропозиції щодо її удосконалення, що дасть змогу підвищити ефективність функціонування цієї системи охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження

Опираючись на реальні розрахунки обсягів ПМСД і витрати на її надання, маємо науково обґрунтовані підходи до нормування праці СЛ і їх помічників, системи її оплати, в основі якої є кількість пацієнтів, що уклали з СЛ угоду, наднормативні обсяги робіт і якість медичної допомоги населенню.

Проблемним залишається питання розроблення стандартів і протоколів надання первинної медико-соціальної допомоги.

Використання сучасних управлінських і комп'ютерних технологій дає можливість значно поліпшити рівень управління медичною допомогою в сільській місцевості.

Так, наприклад, розроблена технологія з використанням довідника послуг і протоколу роботи фельдшерів ФАПів дає змогу оцінити обсяг послуг, виконаних на ФАПі, їх динаміку, розрахувати реальний обсяг фінансування ФАПу (трансферти). Такий підхід значно поліпшує роботу СЛ і фельдшера ФАПу як помічника СЛ.

Реальне управління всім процесом надання медичної допомоги населенню, перерозподіл функцій і послуг між первинною ланкою, госпітальною і спеціалізованою допомогою здійснює лікарсько-адміністративна група, до складу якої входять представники адміністрації, СЛ, завідувачі госпітальними відділеннями й фахівці поліклінік та соціальних служб.

Всі вони зацікавлені в поліпшенні якості медичних, медико-соціальних, соціальних послуг і зниженні нераціональних витрат, оскільки працюють у єдиній інтегрованій системі медичних й

соціальних послуг та єдиному фінансовому полі, де у разі чіткого розподілу функцій є загальна відповідальність за кінцевий результат.

Вони щомісячно аналізують потоки пацієнтів на госпітальну і спеціалізовану допомогу, оцінюють якість роботи первинної ланки, оскільки мають повну соціально-медико-економічну інформацію про кожного пацієнта.

Від висновків цієї групи багато в чому залежать доплати СЛ, висновок щодо раціональності використання ліжкового фонду, роботи інших фахівців.

Така модель дає змогу також реально розраховувати розподіл трансфертів між соціальними службами, управліннями, ЦРЛ, АСМ, МСЗ і ФАПами, забезпечити адаптацію соціальних служб, первинної ланки та СОЗ загалом до роботи в кризових умовах.

Водночас сучасні технології допомагають зробити “прозорими” і фінансові потоки, і потоки пацієнтів, а також будь-яких інших ресурсів у надзвичайно складній системі – СОЗ загалом, і медичного обслуговування зокрема.

Це потребує відповідної доорганізації системи: розроблення й адаптації потрібних технологій, навчання персоналу, психологічна перебудова його діяльності й психологічна адаптація, а також інтеграція усіх рівнів і служб СОЗ до діяльності в нових умовах, налагодження належних комунікативних зв'язків, що в комплексі давало б нову якість через вищий рівень задоволення населення – споживачів за обмежених ресурсів.

Ці ресурси доцільно розподіляти з розрахунку на кількість мешканців сімейно-територіальної ділянки, одночасно запроваджуючи віртуальне фондотримання ЛЗП-СМ з установленням АСУ, що унеможливить надто радикальні зміни в системі, які могли б остаточно дестабілізувати її і, зрештою, зруйнувати.

Зараз доцільно не зруйнувати радикальними реформами, а еволюційно перебудувати наявну систему на основі широкомасштабного впровадження новітніх технологій [7].

В сучасних умовах у фінансово-господарській діяльності медичних закладів відбуваються істотні зміни. Нині широко використовують методи і технології управління ресурсами, що ґрунтуються на логістичних підходах. Використання елементів логістичного менеджменту в адаптації медичних установ до нових ринкових умов видається достатньо ефективним засобом. Логістика тут – це процес планування, виконання і контролю потоків сировини, матеріалів, продукції та послуг, пов'язаної з ними інформації, фінансів у певній економічній системі для досягнення поставлених цілей з оптимальними затратами ресурсів.

Логістичний підхід у системі охорони здоров'я може використовуватись на макро- та мікрорівні. Він ознаменовує перехід від управління об'єктами до управління процесами.

На мікрорівні в системі охорони здоров'я кожен лікувально-профілактичний заклад можна розглядати як об'єкт матеріально-технічного забезпечення з широкою номенклатурою матеріальних ресурсів (медикаментів, медичних виробів та медичного обладнання).

Логістична модель організації системи управління закладом охорони здоров'я може бути запроваджена в медичних установах різного типу і форм власності, дасть змогу підвищити рівень їх адаптації до роботи в ринкових умовах і збільшити ефективність виробничої діяльності з медичного обслуговування населення.

Перевагою логістичних підходів у системі охорони здоров'я є можливість впливати на стратегію і тактику роботи лікувально-профілактичного закладу щодо створення нових конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

Застосування логістики прискорює процес отримання і передавання інформації стосовно необхідних ресурсів, у результаті підвищуючи якість надання медичної допомоги.

Логістика координує діяльність щодо ресурсного забезпечення як кожного лікувально-профілактичного закладу зокрема, так і системи охорони здоров'я загалом.

Застосування найпоширенішої у світовій практиці логістичної концепції “точно у строк” щодо підходів до забезпечення виробами медичного призначення кожного структурного підрозділу

медичного закладу (just intime) дає змогу безперервно забезпечувати заклад охорони здоров'я розхідними матеріалами, сприяє швидкій перебудові щодо потреб установ охорони здоров'я і дає можливість зменшити страхові запаси витратних медичних матеріалів.

Сутність певного підрозділу системи полягає в тому, що усі структурні підрозділи медичного закладу забезпечуються матеріальними ресурсами лише у такій кількості і до такого терміну, що необхідні для виконання медичних послуг певного підрозділу закладу.

Отже, на відміну від традиційного підходу до забезпечення структурних підрозділів замість загального жорсткого графіка ресурсного забезпечення оптимізується робота в межах замовлення структурного підрозділу медичного закладу.

Впровадження логістичного управління дасть змогу знизити рівень запасів виробів медичного призначення, котрі мають обмежені терміни зберігання і високу специфічність щодо забезпечення, розподілу і списання, прискорить оборот вкладеного капіталу, знизить собівартість медичних послуг і, як наслідок, – задоволення потреб пацієнтів.

З метою оптимізації ресурсозабезпечення закладів охорони здоров'я та підвищення якості медичної допомоги необхідна організація автоматизованої системи моніторингу медичних виробів.

Така автоматизована система буде сприяти утвердженню принципу стандартизації у процесі ресурсозбереження, що позитивно впливатиме на медичну і економічну ефективність усієї системи охорони здоров'я, особливо на регіональному рівні.

Крім того, така система обліку і контролю фінансових, матеріально-технічних, інформаційних потоків у системі охорони здоров'я дасть змогу оптимально поєднувати механізми ринку і державного регулювання, координувати завдання надання медичної допомоги з ресурсним забезпеченням і своєчасним оновленням медичних виробів.

Моніторинг медичних виробів, які використовуються в медичних закладах, здійснюють органи управління охороною здоров'я та іншими зацікавленими організаціями упродовж декількох останніх років.

Відсутність централізованої системи обліку і пропозиції не дає змоги:

- складати точний прогноз розвитку медичної промисловості на короткотермінову і довгострокову перспективи;
- збалансувати експорт та імпорт цієї продукції;
- оцінити ризик від застосування медичних виробів;
- застосовувати заходи щодо зняття медичних виробів з виробництва та вилученню їх з експлуатації,
- провадити продуману політику в галузі закупівлі витратних матеріалів та запасних частин;
- здійснювати метрологічне забезпечення системи охорони здоров'я, організувати служби сервісу, ремонту, повірки.

Висновки і перспективи подальших досліджень

З огляду на результати проведеного дослідження можна зробити висновки про те, що для раціоналізації управління в системі охорони здоров'я України в сучасних умовах доречні:

- запровадження механізму розподілу поособового нормативу на засадах медичної й економічної доцільності, економічної мотивації населення щодо збереження та зміцнення здоров'я й профілактики захворювань;
- інтеграція можливостей ЛПЗ регіону в єдиному інформаційному, медичному й фінансовому просторі з організацією внутрішнього ринку медичних послуг, чітким поділом функцій між ними і спільною відповідальністю за кінцевий результат (що дасть змогу з урахуванням реальних можливостей керувати ЛПЗ за собівартістю і якістю їх послуг в інтегрованому середовищі на засадах медичної й економічної доцільності);
- перехід до управління медичною допомогою населенню через медичну послугу як медико-економічну категорію;

- формування портфелю медичних послуг, перехід на договірну форму відносин між органами влади та ЛПЗ із закупівлі послуг із попередньою оплатою робіт (у цьому разі медичні установи відповідають за фінансові ризики, пов'язані з раціональним використанням бюджету, що слугує спонукальним мотивом до оптимізації витрат, пошуку шляхів зниження собівартості послуг та підвищення їх якості, активізації розвитку маловитратної первинної медичної допомоги, посилення профілактичного напрямку, впровадження ефективних високотехнологічних методів діагностики і лікування з метою оптимізації функцій, структури, кадрового складу ЛПЗ);
- організація управління потоками пацієнтів і їх медичними маршрутами в інтегрованому середовищі (тоді ключовою фігурою є лікар загальної практики-сімейної медицини, котрий, разом з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу, відповідає за те, щоб медична допомога була надана в потрібний час, у потрібному місці, і в необхідному обсязі, визначеному наявними клінічними протоколами);
- широкий розвиток інтегрованої у вищезазначеному середовищі мережі АСМ, де має здійснюватися до 80 % всієї медичної допомоги населенню, та поглибленого вишкілу і адаптації лікарів загальної практики-сімейної медицини та їх помічників;
- створення інформаційної системи на основі персоніфікованого реєстру населення, медичних баз даних, в яких нагромаджується медико-економічна інформація щодо кожного мешканця регіону протягом усього його життя з дотриманням вимог чинного законодавства щодо збереження таємниці (ця система забезпечує всі механізми управління за рівнями надання медичної допомоги населенню);
- відмова від гарантованої вирівнювальної системи оплати праці медпрацівників, перехід до оплати праці з урахуванням кількості та якості виконаної роботи;
- реалізація права вибору лікаря загальної практики-сімейної медицини пацієнтами, перехід на контрактну форму відносин між лікарями первинної ланки медичної допомоги і населенням, де обумовлюються права та обов'язки кожної із сторін (насамперед це стосується формування медичного маршруту пацієнта, що за контрактом належить винятково лікареві первинної ланки медичної допомоги);
- міжсекторальна інтеграція і координація роботи СОЗ із суміжними галузями, які стосуються здоров'я населення і профілактики захворювань (насамперед це стосується служби соціального захисту населення, сім'ї та молоді, установ освіти через моніторинг здоров'я школярів та студентів, а також можливості вивчення впливу екологічних факторів на здоров'я населення, зокрема моніторингу якості води в джерелах, пов'язаних із конкретними населеними пунктами, базами даних медичних діагнозів);
- створення системи персоніфікованого обліку медичних послуг та витрат на їх надання особам, які лікуються і відпочивають, на основі єдиного реєстру населення з подальшою компенсацією витрат бюджету охорони здоров'я регіону;
- демократизація СОЗ із можливістю надання громадськості місцевими органами влади інформації про використання бюджету охорони здоров'я на ті чи інші види медичної допомоги, організація діалогу з населенням щодо планування та раціонального розподілу коштів цього бюджету (це, своєю чергою, накладає на населення певну частку відповідальності за раціональне використання бюджету).

1. Фуртак І. І. (2010) Сучасні медико-соціальні аспекти державної політики щодо соціальної сфери в Україні. Державне врядування : наук. вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. Вип. 7. Львів: ЛРІДУ НАДУ. Available at: <http://lviv.academy.com/visnik7/index/html>.

2. Фуртак І. І., Грицько О. М. (2011) Напрями удосконалення державного управління охороною здоров'я в Україні. Ефективність державного управління [Текст]: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів: ЛРІДУ НАДУ, Вип. 26. С. 210, 216.

3. Фуртак І. І. (2000) Формування концепції удосконалення державного управління охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ЛФ УАДУ. Вип. 3. С. 344–348.

4. Дячук І. Б., Сенюта І. Я., Терешко Х. Я., Фуртак І. І. (2010) Страхування в галузі охорони здоров'я: навч. посібник. Львів: Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 216 с.

5. Автоматизована система управління наданням послуг населенню органами державного управління та місцевого самоврядування. Свідоцтво № 9834 про реєстрацію авторського права від 19.04.2004. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України, Фуртак І. І. № 9694; Заяв. 24.02.2004. К.: МОН України, Вип. 5. С. 290.

6. Автоматизована система управління концепції розвитку медсестринської служби. (2006) Свідоцтво № 17211 про реєстрацію авторського права від 11. 07. 2006. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / І. І. Фуртак. № 17 185; Заяв. Від 15.05. 2006. К.: МОН України, 2006. Вип. 10. С. 264.

7. Фуртак І. І., Голунов А. І., Балута І. А., Гринаш В. М. (2004) Методологія створення автоматизованої системи управління охороною здоров'я на засадах сімейної медицини та механізм її реалізації. Свідоцтво № 11734 про реєстрацію авторського права від 08.12.2004. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / № 11705; Заяв. 15.10.2004. К.: МОН України, Вип. 6. С. 513.

8. Енциклопедія (2012) Сімейна медицина: у 5 т. К.: Здоров'я, Т. 5. 704 с.

9. Фуртак І. І., Грицко Р. Ю., Лемішко Б. Б., Морочковський Р. С. (2013) Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні: монографія. Львів: Сполум, 188 с.

1. Furtak I. I. (2010) Suchasni medyko-sotsialni aspekty derzhavnoi polityky shchodo sotsialnoi sfery v Ukraini. Derzhavne vriaduvannia : nauk. visnyk Lvivskoho rehionalnoho instytutu derzhavnoho upravlinnia Natsionalnoi akademii derzhavnoho upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy. Vyp. 7. Lviv: LRIDU NADU. Available at: <http://lviv.academy.com/visnik7/index/html>.

2. Furtak I. I., Hrytsko O. M. (2011) Napriamy udoskonalennia derzhavnoho upravlinnia okhoronoiu zdorovia v Ukraini. Efektyvnist derzhavnoho upravlinnia [Tekst]: zb. nauk. prats Lvivskoho rehionalnoho instytutu derzhavnoho upravlinnia Natsionalnoi akademii derzhavnoho upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy / za zah. red. chl.-kor. NAN Ukrainy V.S. Zahorskoho, dots. A. V. Lipentseva. Lviv: LRIDU NADU, Vyp. 26. S. 210, 216.

3. Furtak I. I. (2000) Formuvannia kontseptsii udoskonalennia derzhavnoho upravlinnia okhorony, zberezhenia ta zmitsnennia zdorovia naseleunia. Aktualni problemy derzhavnoho upravlinnia: Zb. nauk. pr. LF UADU. Vyp. 3. S. 344–348.

4. Diachuk I. B., Seniuta I. Ia., Tereshko Kh. Ia., Furtak I. I. (2010) Strakhuvannia v haluzi okhorony zdorovia: navch. posibny. Lviv: Vyd-vo LOBF “Medytsyna i pravo”, 216 s.

5. Avtomatyzovana systema upravlinnia nadanniam posluh naseleunii orhanamy derzhavnoho upravlinnia ta mistsevoho samovriaduvannia. Svidotstvo № 9834 pro reiestratsiiu avtorskoho prava vid 19.04.2004. Derzhavnyi departament intelektualnoi vlasnosti Ministerstva osvity i nauky Ukrainy, I. I. Furtak. № 9694; Zaiav. 24.02.2004. K.: MON Ukrainy, Vyp. 5. S. 290.

6. Avtomatyzovana systema upravlinnia kontseptsii rozvytku medsestrynskoï sluzhby (2006) Svidotstvo № 17211 pro reiestratsiiu avtorskoho prava vid 11. 07. 2006. Derzhavnyi departament intelektualnoi vlasnosti Ministerstva osvity i nauky Ukrainy / I. I. Furtak. № 17 185; Zaiav. Vid 15.05. 2006. K.: MON Ukrainy, 2006. Vyp. 10. S. 264.

7. Furtak I. I., Holunov A. I., Baluta I. A., Hrynash V. M. (2004) Metodolohiia stvorennia avtomatyzovanoi systemy upravlinnia okhoronoiu zdorovia na zasadakh simeinoï medytsyny ta mekhanizm yii realizatsii. Svidotstvo № 11734 pro reiestratsiiu avtorskoho prava vid 08.12.2004. Derzhavnyi departament intelektualnoi vlasnosti Ministerstva osvity i nauky Ukrainy / № 11705; Zaiav. 15.10.2004. K.: MON Ukrainy, Vyp. 6. S. 513.

8. Entsiklopediia (2012) Simeina medytsyna: u 5 t. K.: Zdorovia, T. 5. 704 s.

9. Furtak I. I., Hrytsko R. Iu., Lemishko B. B., Morochkovskiy R. S. (2013) Napriamy upravlinnia vprovadzheniam, diialnistiu ta vyshkolom fakhivtsiv simeinoï medytsyny v Ukraini: monohrafiia. Lviv: Spolom, 188 s.

M. Mamchyn¹, M. Koliadych², I. I. Furtak¹

¹ Lviv Polytechnic National University,
Department of Marketing and Logistics

² Danylo Halytsky Lviv National Medical University

HEALTH CARE SYSTEM MANAGEMENT IN UKRAINE ON ITS MODERN STAGE OF TRANSFORMATION

© Mamchyn M., Koliadych M., Furtak I., 2019

There was conducted analysis of experiment of creation the model of management of the integrated medical complex in administrative unite. The main principles on which were founded the model of guided medical and social care were revealed on the basis of family medicine with payment due to the volume of performed work. The mechanism of redistribution of functions between the family medicine ambulatories (FMA), medical and social centres, hospitals and specialized ambulatory care was investigated. In the article it is shown that for the successful flexible management of big volume of medical and social care and their financial providing it needs to elaborate different directories and catalogues. It is important to create modern powerful informative system that can form corporate medical network based on medical databases of FMA and central databases of these social services and central database of central regional hospitals. Thats how it will include all information about medical date of inhabitants.

Using of modern management and computer technologies allows substantial improve of the resource providing in every hospital and all health care system. Special attention deserves logistic approach of organization and management of health care system because it allows to optimize the schedual of the resource providing of different structural subdivisions of hospitals, to decrease the level of supplies of the medical products with a restricted expiration date, to speed up turnover of the invested capital. So it will give as opportunity to reduce the cost of medical services and increase fulfilling of needs of patients in medical and social care. This system requires an appropriate organization of CAS of monitoring of medical products. It will promote medical and economical efficiency of health care system.

Key words: public administration, health care system, medical and social services, reformations of the medical system, logistic approach.