

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАДНОРМОВОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІЖКОВОГО ФОНДУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ: ДОСВІД КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ

© Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, О. М. Василенко

У статті продемонстровано оригінальну методику визначення ефективності функціонування центральних районних і міських лікарень (далі - ЦРЛ і МЛ) Кіровоградської області на основі проведеного аналізу наявності показань до госпіталізації хворих у стаціонари, який проводився безпосередньо їх керівним складом як самостійний внутрішній аудит

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, соціальні стандарти, госпіталізація, оптимізація ліжкового фонду

In the article was demonstrated the unique methodology of determination of effectiveness of functioning of the central district and city hospitals (CDH and CH) of Kirovograd region based on analysis of the indications to hospitalization of patients that was carried out directly by their managerial staff as an independent internal audit.

Object of research: central district and city hospitals of Kirovograd region.

Materials and methods: the bed fund and number of population of 21 central district hospital of Kirovograd region and 12 hospitals of regional and city subordination were analyzed.

Results: the offered model of determination of "excessiveness", ineffectiveness of the bed fund and consequently the budget costs use can give a possibility to optimize near 600 beds of 871 excessive ones at the expense of the correctly determined psychological grounding of research without using the imperative methods, by the certain phasing that provides the logics of actions, calculations and as the result – an independent making decisions by the managers of medical institutions

Keywords: health protection institutions, social standards, hospitalization, bed fund optimization

1. Вступ

У період докорінних перетворень у соціально-економічній сфері України, реформування галузі охорони здоров'я, адаптації лікувально-профілактичних установ до умов ринкової економіки зростає роль і значення механізмів державного управління перебудовою охорони здоров'я на національному і регіональному рівнях відповідно до суспільних потреб.

Разом з тим, комплексних досліджень щодо обґрунтування напрямів удосконалення державного регулювання фінансово-економічних засад охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій поки що не здійснено.

Функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації державного управління і підвищення ролі адміністративних територій у фінансуванні та забезпеченні населення медичною допомогою потребує наукового обґрунтування і розробки комплексу заходів з оптимізації взаємодії усіх суб'єктів системи охорони здоров'я на основі єдиної організаційної та правової бази [1].

При цьому поряд із посиленням ролі медичних установ, як самостійних об'єктів господарювання, і місцевих органів самоврядування у вирішенні питань планування і фінансування охорони здоров'я, необхідно знайти раціональні методологічні підходи до оптимізації наднормового стаціонарного ліжкового фонду медичних закладів II рівня надання медичної допомоги, як елементу поліпшення ефективності функціонування стаціонарних медичних закладів державного сектору.

Найбільшу значущість ця проблема набуває в умовах недостатнього фінансування і відсутності належної нормативно-правової бази, яка дозволила б найбільш раціонально використовувати існуючі ресурси для забезпечення ефективного фінансування лікувально-профілактичних установ і задоволеності потреб населення в медичній допомозі [2, 3].

2. Обґрунтування дослідження

Як свідчить досвід високорозвинених країн, а також країн із трансформаційними економіками, найбільшою проблемою сучасних систем охорони здоров'я залишається дисбаланс у їх ефективності та справедливості. На сьогодні не знайдено «рецепта», як зробити сферу охорони здоров'я одночасно і прибутковою, і такою, послугами якої буде задоволена більшість споживачів, а також сферою соціально-економічного життя суспільства, до послуг якої користувачі матимуть доступ і не наражатимуться на ризик. Як визначити критерій «наднормовості» або «недостатності» інструментів в організації надання медичних послуг. Відповідь на ці питання значною мірою залежить від обраної моделі фінансування сфери охорони здоров'я.

Питання фінансування сфери охорони здоров'я знайшли своє відображення у працях вітчизняних учених, а саме: В.Бугро [4], Н. Гойди [5], В. Горачук [6], В. Бакуменка [7], Ю. Вороненка [8], З. Гладуна [9], З. Надюк [10], Ю. Пасічника [11], Н. Солоненка [12], В.Федосова [13], Я. Буздугана [14] та інших.

Питанням теорії та практики фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я приділяли увагу

також українські економісти та управлінці: Б. Криштопа [15], О.Скрипник [16], Д. Карамишев [17, 18].

Однак багатьом питанням приділено мало уваги. Наприклад, вивченню особливостей трансформації механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні відповідно до світових тенденцій розвитку галузі та поступу глобалізації. Відсутня комплексна концепція модернізації фінансового механізму галузі, що зумовлює актуальність теми дослідження, її теоретичну та практичну значущість. Питання перегляду «наднормовості» або «недостатності» інструментів в організації надання медичних послуг в літературі практично не піднімалися.

3. Мета дослідження

Представлення нових методологічних підходів до оптимізації наднормового стаціонарного ліжкового фонду медичних закладів II рівня надання медичної допомоги як елементу поліпшення ефективності функціонування стаціонарних медичних закладів державного сектору медичної галузі Кіровоградської області.

4. Матеріали та методи

Різні країни забезпечують надання необхідного обсягу медичної допомоги населенню за різними організаційним та фінансовими моделями, але їх об'єднує єдиний підхід: за умови державного, приватного фінансування, залучення коштів страхових компаній, оплата проводиться за надані медичні послуги і медичний менеджмент ґрунтується на принципі оптимізації витрат за умови надання всього спектру доступної та якісної медичної допомоги. При настанні гострих випадків захворювань, травм, ситуацій, які загрожують життю, бригадами екстреної медичної допомоги пацієнти терміново госпіталізуються в лікарні невідкладної допомоги. Після виведення з гострого стану, після операцій на 2–3 добу пацієнтів виписують, тому що оплата готельних послуг лікарень і реабілітації хворих по страховому випадку не підлягає оплаті, а оплата їх пацієнтом – не завжди є можливою. Ліжковим фондом керівники можуть варіювати за необхідності. Замість складів, харчоблоків – договори на харчування певної кількості хворих, замість штату молодшого медичного персоналу – працівники фірм, які забезпечують прибирання приміщень, замість утримання електриків, сантехніків, слюсарів, кочегарів, праль – договори з відповідними фірмами на виконання певних послуг.

В Україні система дещо інша. Кількість ліжок, які є в стаціонарах лікарень, «прив'язані» до штатів працівників, оплата праці яких не залежить від обсягів роботи та є вкрай низькою. Фінансування проводиться на утримання будівель, стандартного штату медичного і немедичного персоналу і сфери парамедичних і технічних послуг (діяльність овочесховищ, гаражів, пралень, їдалень, харчоблоків та ін.). У структурі бюджетів лікарень це становить більше 90 % коштів. Тому видатки на медикаментозне забезпечення, харчування хворих, поліпшення матеріально-

технічної бази та інших моментів, безпосередньо пов'язаних з організацією діагностично-лікувального процесу, просто мізерні. До того ж, затвердження фінансових призначень відбувається на 35–40 % від мінімальної потреби лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛПЗ) [19, 20].

5. Результати дослідження

Питання щодо функціонування певної кількості стаціонарних ліжок на територіях унормоване постановою Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 р. № 640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення», якою для Кіровоградської області визначено норматив забезпечення – 79,0 ліжок на 10 тис. населення (для міст – 55,0, для районів області – 52,4 ліжка на 10 тис. нас., а різниця – це ліжковий фонд обласних медичних закладів) [6]. Після юстування постанови Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2015 року № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» норматив може зменшитись до 60 на 10 тис. нас. [19, 20].

Станом на 31.12.2015 р. в області перевищення нормативу становить 871 ліжко (10,2 %) при наявних 8567.

Оптимізація стаціонарних ліжок на даний час – це вкрай складний процес, який окрім об'єктивних умов (недосконала законодавчо-нормативна база країни та розпорядча база МОЗ України, недостатність фінансування системи охорони здоров'я, невідповідність реаліям моделі функціонування галузі тощо), має цілу низку суб'єктивних факторів (підведення управлінських рішень під соціальні та політичні умови, використання медичної галузі управліннями як певного політичного капіталу, амбіції, часто – нерозуміння перспектив, а інколи - і небажання керівників медичних закладів проводити будь-які зміни, перестороги медичних працівників щодо можливості втрати роботи або погіршення фінансового стану внаслідок проведення змін, супротив населення та ін.).

Виходячи з цього, департаментом охорони здоров'я Кіровоградської ОДА було запропоновано головним лікарям центральних районних лікарень та міських лікарень області у якості експерименту провести самостійний внутрішній аудит ефективності функціонування стаціонарів на основі проведення аналізу карт стаціонарних хворих (форма № 003/о) щодо показаності госпіталізації хворих за 2014 рік і I півріччя 2015 року для визначення оцінки потенційних можливостей функціонування стаціонарів у нових умовах (за умови прийняття змін до чинного законодавства у контексті реформи галузі – автономізація медичних закладів, введення оплати за медичні послуги, скасування «прив'язки» кількості ліжок до посад медичних працівників).

Паралельно обласним фахівцям було завдання із загальних позицій надати відповідні пропозиції по напрямкам діяльності щодо поліпшення ситуації в галузі.

Внутрішній аудит базувався на визначенні наступних категорій хворих, які мали:

- 1) абсолютні покази для лікування у стаціонарі (%),
- 2) покази до лікування в стаціонарі з долікуванням в денному стаціонарі (%),
- 3) яким було можливе: лікування виключно в денному стаціонарі (%), амбулаторне лікування з використанням процедурного кабінету (%), виключно амбулаторне лікування (%).

В окрему групу було виділено пацієнтів, не існуючих хворих, на яких була заведена форма № 003/о (%). До речі, в цю групу не було включено в результаті ні одного пацієнта. В сумі всі категорії повинні становити 100 %.

Враховуючи, що психологічний посыл відбувся як варіант спроби власних сил і самостійного визначення неефективних моментів діяльності (без залучення зовнішніх аудиторів, проведення комісійних перевірок обласних фахівців, наказів Департаменту охорони здоров'я тощо), керівники медичних закладів разом із заступниками та завідувачами відділень доволі серйозно підійшли до виконання завдання, і навіть при відомих їм перевищеннях нормативів, показали в більшості випадків значно більший відсоток нераціонального використання ліжкового фонду (рис. 1).

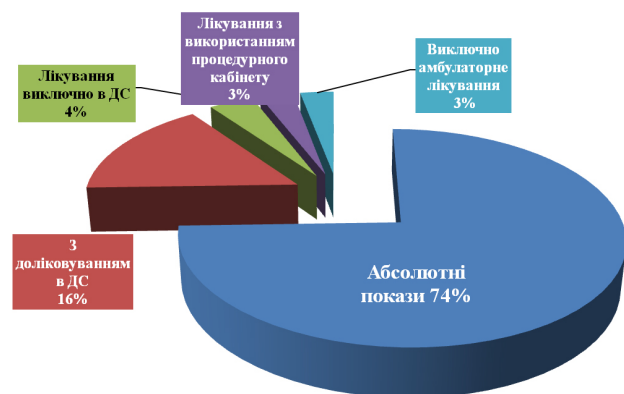


Рис. 1. Опосередкована структура результатів внутрішнього аудиту показаності госпіталізацій в центральних районних лікарнях Кіровоградської області, %

Після збору інформації з центральних районних і міських лікарень і попередніх висновків (які були абсолютно не зкорельовані з вихідними даними обстежень), наступним етапом проведення аналізу було доведення до виконавців уніфікованої формули, за якою визначалась кількість ліжок, що використовувалась не ефективно.

Розрахунок наступний: якщо взяти за зразок наведені опосередковані дані, то 74 % абсолютної зайнятості стаціонарних ліжок + 8% (або ½ терміну госпіталізації) для долікування в денному стаціонарі від, наприклад, 150 ліжок буде становити:

150 ліжок – 100 %,

X ліжок – 82 %, X=123 ліжка.

Висновок: для оптимального функціонування лікарні необхідно 123 ліжка із 150 наявних. 27 ліжок

можуть бути оптимізовані або, за необхідності, перепрофільовані в ліжка денного стаціонару (далі – ДС).

У зазначеній формулі використовувалось лише 2 позиції із 5, проте всі їх було необхідно визначати для створення повноти реальної картини функціонування стаціонарів.

Коли керівники медичних закладів самі порухували реальні цифри (хоча це вже могли зробити і спеціалісти обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики), пропозиції щодо оптимізації ліжкового фонду стали більш реалістичними, з урахуванням профілів ліжок, наявного кадрового ресурсу, можливостей створення мікстових відділень (наприклад, об'єднання терапевтичного та неврологічного, хірургічного і гінекологічного відділень).

В результаті, найбільший супротив, навіть всупереч наявності об'єктивних даних, відбувся від головних лікарів міських (міст обласного значення) медичних закладів, які не надали пропозицій по оптимізації. Виключення склало керівництво К.ЦМЛ, яке погодилось на оптимізацію 25 із 495 ліжок, або 5 % ліжок.

По центральним районним лікарням ситуація була наступною: при ліжковому фонді у 120–180 ліжок пропозиції щодо оптимізації були в межах 10–20 ліжок, в більш потужних лікарнях пропозиції були і значиміші: Г. ЦРЛ (188 ліжок) – 27 ліжок, Д. ЦРЛ (180 ліжок) – 45 ліжок, К. ЦРЛ (230 ліжок) – 37 ліжок (рис. 2).

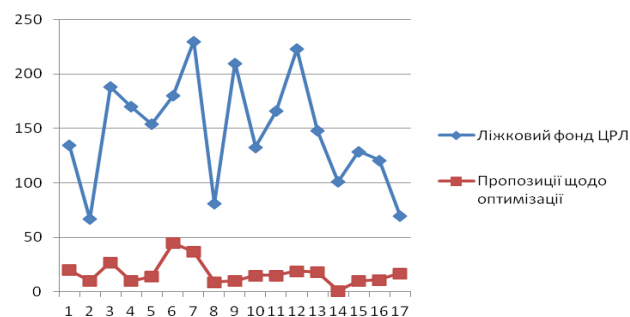


Рис. 2. Співвідношення наявного ліжкового фонду ЦРЛ і пропозицій щодо проведення оптимізації надлишкових потужностей (ліжка)

О. ЦРЛ (101 ліжок) запропонувала оптимізувати лише 1 ліжок, так як при ліжковому фонді лікарні менше як 100 ліжок іде суцільний «обвал» посад (заступників головного лікаря, завідувачів відділеннями, лікарів-ординаторів і технічного персоналу) із-за переходу медичного закладу в іншу категорію.

Примітно, що 3 ЦРЛ (райони по 10–12 тис. нас.) при мінімальній кількості ліжок, як для ЦРЛ, у 81, 70 і 67 ліжок, запропонували оптимізацію у 9, 10 і 17 ліжок, відповідно, що свідчить про суттєву зміну ментальності керівників ЛПЗ стосовно відходу від старих принципів організації надання медичної допомоги.

У зазначеному форматі заплановано також реалізацію проекту перерозподілу функцій 2-х лікарень:

міської (колишній відомчий медичний заклад) на 2 відділення у 120 ліжок і ЦРЛ – на 14 відділень у 345 ліжок, які розташовані поруч, на користь ЦРЛ, яка буде надавати стаціонарну допомогу населенню як міста, так і району (в області є прецедент). При цьому, планується привести ліжковий фонд території до нормативу, оптимізувавши більше як 100 ліжок.

В середньому, по ЦРЛ із 3161 ліжок існує готовність оптимізації 477 ліжок, або 15,1 %, проте, якщо визначати середньостатистичний критерій достовірності, то він у даному дослідженні становить 11,5 %.

Вся ця робота проводилась протягом трьох місяців, що дозволило керівникам медичних закладів звикнути з думкою про проведення відповідних змін. Етапність проведення аналізу (збір інформації – узагальнення – проведення самостійних розрахунків – надання попередніх пропозицій – отримання уніфікованої формули – проведення реальних розрахунків – надання реальних пропозицій) визначило логіку процесу та завдяки оприлюдненню інформації (звіти в Департамент) викликало впевненість про невідворотність процесу.

Якщо з 2010 року кількість стаціонарних ліжок в області скоротилась на 1093 ліжка (у т. ч. оптимізовано 33 дільничні лікарні) шляхом прийняття важких управлінських рішень, потужної роботи з депутатами рівнів, то запропонована нами модель визначення «наднормовості», неефективності, яка представлена в даній науковій статті, може дати можливість оптимізувати близько 600 ліжок із 871 понаднормового за рахунок правильно визначеного психологічного підґрунтя проведення дослідження без використання імперативних методик, застосування певної етапності, що забезпечило логічність дій, розрахунків, і як результат – самостійного прийняття рішень керівниками медичних закладів (рис. 3).

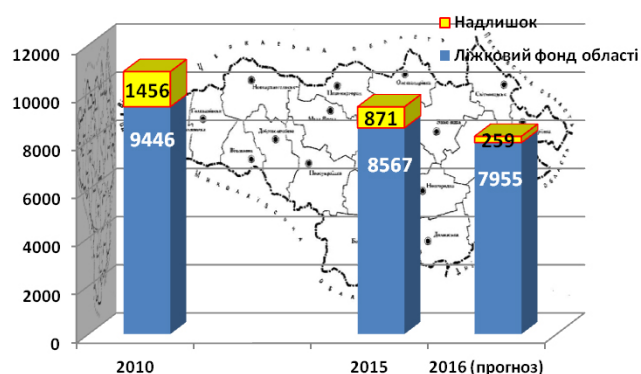


Рис. 3. Динаміка оптимізації ліжкового фонду, у т. ч. понаднормового, у Кіровоградській області (2010–2015 роки, прогноз 2016 роки.)

Звичайно, зміна структурно-функціональної моделі організації надання медичної допомоги в Україні, законодавчо-нормативної та розпорядчої галузевої бази (яка вже частково розроблена з елементами адаптації до імплементації) дозволить проводити реорганізаційні зміни без порушення

організаційних, структурних і функціональних аспектів діяльності ЛПЗ та використання методик, які базуються на складних психологічних і наукових елементах, що забезпечують запланований кінцевий результат.

7. Обговорення результатів дослідження.

Для завершення управлінського циклу зазначене питання у розрізі кожного медичного закладу області було розглянуто на розширеній колегії Департаменту охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації за участі заступника голови облдержадміністрації (профільний куратор) і заступників голів районних державних адміністрацій і міських голів з гуманітарних питань. Відповідні завдання для керівників медичних закладів були викладені в рішенні колегії та паралельно підготовлено доручення голови облдержадміністрації стосовно завдань щодо здійснення структурно-функціональних трансформаційних перетворень в галузі охорони здоров'я області у 2016 році, до якого увійшли окрім завдань по оптимізації ліжкового фонду і питання реорганізації відомчих медичних закладів (залізничних лікарень та спеціалізованих медико-санітарних частин), відкриття спеціалізованих відділень в міських ЛПЗ тощо.

Таким чином наше дослідження, яке проведено вперше, було одразу втілено в реальні практичні управлінські рішення, що побудовані на власних пропозиціях керівників закладів охорони здоров'я області, фактично пройшли попереднє обговорення в трудових колективах лікарень та виявилися економічно і психологічно обґрунтованими.

8. Висновки

1. Зазначено, що прийняття нової структурно-функціональної моделі організації надання медичної допомоги в Україні дозволить надати більш широкі повноваження керівникам ЛПЗ щодо розширення можливостей реагування на відповідні виклики та прийняття управлінських рішень організаційно-структурного характеру, які не будуть погіршувати структурно-функціональні зв'язки внаслідок «прив'язки» певних елементів до відповідної застарілої розпорядчої бази.

2. Обґрунтовано, що для здійснення серйозних управлінських проектів важливо враховувати вплив суб'єктивних людських факторів (від настроїв населення до позиції працівників та їх керівників державних і комунальних закладів соціальної сфери), для чого необхідно забезпечувати науково обґрунтовані інструменти досягнення мети на основі психологічного комфорту та добровільності прийняття рішень керівниками медичних закладів і надання пропозицій за результатами командної роботи колективів, без використання імперативних методів впливу, що в результаті мінімізує супротив реалізації прийнятих заключних рішень.

3. Із значним ступенем достовірності можна стверджувати, що приведення кількості стаціонар-

них ліжок медичних закладів сільських адміністративних районів України до нормативно необхідної в межах від 11 % до 15 % від наявної не призведе до погіршення доступності населення до отримання якісної стаціонарної медичної допомоги.

Література

1. Гладун, З. С. Административное право и охрана здоровья населения в Украине [Текст] / З. С. Гладун. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014. – 660 с.
2. Урсол, Г. М. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я України: від державного до приватного сектору [Текст] / Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, В. І. Бугро. – Кіровоград: Поліграфічно-видавничий центр «Імекс-ЛТД», 2009. – 402 с.
3. Бакуменко, В. Д. Моделювання проблемного поля державно-управлінських реформ [Текст] / В. Д. Бакуменко, С. Кравченко // Вісник Національної академії державного управління. – 2006. – № 2. – С. 13–21.
4. Бугро, В. І. Роль лікарень у інтегрованій мережі надання медичної допомоги [Текст] / В. І. Бугро, Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 1 (22). – С. 79–80.
5. Гойда, Н. Г. Новий закон про заклади охорони здоров'я – зміна форми чи суті? Дискусійний клуб [Текст] / Н. Гойда, К. Надутий, В. Короленко // Ваше здоров'я. – 2014. – № 24-25. – С. 8–9.
6. Горачук, В. В. Аналіз результатів самооцінки системи управління якістю медичної допомоги у Чернігівській обласній дитячій лікарні [Текст] / В. В. Горачук // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, Вип. 3. – С. 78–82.
7. Бакуменко, В. Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики [Текст]: монографія / В. Д. Бакуменко. – К.: Видавництво УАДУ, 2000. – 320 с.
8. Вороненко, Ю. В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ ISO 9001:2009 [Текст] / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2014. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/>
9. Гладун, З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Текст]: монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль, Економічна думка, 2005. – 460 с.
10. Надюк, З. Доцільність впровадження посади менеджера охорони здоров'я в системі управління якістю надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України [Текст] / З. Надюк // Вісн. НАДУ. – 2005. – № 2. – С. 434–438.
11. Пасічник, Ю. В. Бюджетна система України та зарубіжних країн [Текст] / Ю. В. Пасічник. – К.: МАУП, 2006. – 523 с.
12. Солоненко, Н. Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні [Текст]: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. / Н. Д. Солоненко; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2004. – 20 с.
13. Федосов, В. М. Бюджетний менеджмент [Текст] / В. М. Федосов, С. Я. Кондратюк. – К.: КНЕУ, 2005. – 420 с.

14. Буздуган, Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Текст] / Я. Буздуган // Віче. – 2008. – № 2. – С. 32–36.

15. Криштопа, Б. П. Органи управління та керівництво охороною здоров'я в період української державності [Текст] / Б. Криштопа. – К.: Агапіт, 2000. – 124 с.

16. Скрипник, О. А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід [Текст] / О. Скрипник. – ДРІДУ НАДУ, 2011. – 182 с.

17. Карамишев, Д. В. Системний підхід як напрям методології управління соціальними системами (на прикладі управління системою охорони здоров'я) [Текст] / Д. В. Карамишев, Я. Ф. Радиш // Вісник НАДУ. – 2006. – № 1. – С. 58–64.

18. Карамишев, Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми [Текст]: моногр. / Д. В. Карамишев. – Х.: Видавництво ХарPI НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.

19. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення» [Текст]. – Верховна Рада України, 1997. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/640-97-%D0%BF>

20. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» [Текст]. – Верховна Рада України, 1997. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/640-97-%D0%BF>

References

1. Gladun, Z. S. Administrativnoe pravo i ohrana zdorov'ja naselenija v Ukraine [Tekst] / Z. S. Gladun. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014. – 660 s.
2. Ursol, G. M., Skrypnyk, O. A., Bugro, V. I. (2009). Strategija reform. Reguljuvannja finansovyh resursiv galuzi ohorony zdorov'ja Ukrai'ny: vid derzhavnogo do pryvatnogo sektoru. Kirovograd: Poligrafichno-vydavnychij centr «Imeks-LTD», 402.
3. Bakumenko, V. D., Kravchenko, S. (2006). Modeljuvannja problemnogo polja derzhavno-upravlins'kyh reform. Visnyk Nacional'noi' akademii' derzhavnogo upravlinnja, 2, 13–21.
4. Bugro, V. I., Gojda, N. G., Gorachuk, V. V. (2015). Rol' likaren' u integrovanih merezhi nadannja medychnoi' dopomogy. Shidnojevropejs'kyj zhurnal gromads'kogo zdorov'ja, 1 (22), 79–80.
5. Gojda, N. G., Nadutyj, K., Korolenko, V. (2014). Novyj zakon pro zaklady ohorony zdorov'ja – zmina formy chy suti? Dyskusijnyj klub. Vashe zdorov'ja, 24-25, 8–9.
6. Gorachuk, V. V. (2014). Analiz rezul'tativ samoocinky systemy upravlinnja jakistju medychnoi' dopomogy u Chernigiv's'kij oblasnij dytjachij likarni. Visnyk problem biologii' i medycyny, 1 (3), 78–82.
7. Bakumenko, V. D. (2000). Formuvannja derzhavno-upravlins'kyh rishen': problemy teorii', metodologii', praktyky. Kyiv: Vydavnytstvo UADU, 320.
8. Voronenko, Ju. V., Gojda, N. G., Gorachuk, V. V. (2014). Samoocinjvannja jak skladova pidgotovky systemy upravlinnja jakistju medychnoi' dopomogy zakladu ohorony zdorov'ja do sertyfikacii' na vidpovidnist' DSTU ISO 9001:2009. Ukrai'ns'kyj medychnyj chasopys. Available at: <http://www.umj.com.ua/>

