

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
«ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
ФІНАНСІВ, ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА**

**КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ПРАВА**

**Кваліфікаційна робота  
на тему:**

**«ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДІ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

**Виконав:**

студент групи 2 мПУ

спеціальності 281

«Публічне управління та адміністрування»

\_\_\_\_\_ В.С. Кізуб

**Керівник:**

кандидат наук з державного управління,

доцент, доцент кафедри публічного

управління, адміністрування та права

\_\_\_\_\_ О.Г. Діденко

Полтава – 2021 рік

## **Бібліографічний опис та анотація дипломної магістерської роботи**

**Бібліографічний опис:** Кізуб Володимир Сергійович. Організація управлінської діяльності в закладі охорони здоров'я. Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Кафедра публічного управління, адміністрування та права. Науковий керівник: Діденко О.Г., к.держ.упр. Полтава. 2021 рік.

**Зміст роботи:** робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел та додатків.

**Анотація.** В магістерській роботі охарактеризовано сучасні підходи до організації управління в закладах охорони здоров'я; розглянуто методологію організації управлінської діяльності в сучасних умовах реформування охорони здоров'я; проаналізовано організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності; здійснено характеристику діяльності закладу охорони здоров'я; проведено аналіз системи управління та організації управлінської діяльності; оцінено ефективність організації управлінської діяльності керівників закладу охорони здоров'я; запропоновано шляхи покращення стратегічної управлінської діяльності; виявлено можливості впровадження клієнто орієнтованого підходу управління закладом охорони здоров'я; запропоновано шляхи оптимізації організації роботи керівних фахівців закладу охорони здоров'я.

**Ключові слова:** заклад охорони здоров'я, організація управлінської діяльності, управління закладом охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я.



## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	5
ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1 .....	9
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	9
1.1. Сучасні підходи до організації управління в закладах охорони здоров'я	9
1.2. Методологія організації управлінської діяльності.....	18
1.3. Організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності .....	26
РОЗДІЛ 2 .....	33
ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	33
2.1. Характеристика діяльності закладу охорони здоров'я .....	33
2.2. Аналіз системи управління та організації управлінської діяльності.....	39
2.3. Оцінка ефективності організації управлінської діяльності керівників закладу охорони здоров'я.....	50
РОЗДІЛ 3 .....	64
НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	64
3.1. Шляхи покращення стратегічної управлінської діяльності .....	64
3.2. Можливості впровадження клієнто-орієнтованого підходу управління закладом охорони здоров'я .....	69
3.3. Шляхи оптимізації організації роботи керівних фахівців закладу охорони здоров'я .....	75
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	97

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ЄФУЯ – модель Європейського фонду управління якістю

КНП – комунальне неприбуткове підприємство

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПМД –первинна медична допомога

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

ПОМЗ – проектно-орієнтований медичний заклад

СОЗ – система охорони здоров'я

TQM – Total Quality Management

## ВСТУП

Управління в закладі охорони здоров'я передбачає використання інструментів, методів та заходів впливу на матеріальні, трудові, фінансові, інтелектуальні ресурси задля досягнення ефективності та результативності його діяльності. Останнім часом в Україні відкривається все більше багатoproфільних клінік, діагностичних центрів і вузькоспеціалізованих кабінетів, що надають платні медичні послуги. Їх рентабельність становить більше 30 %, а потенціал дозволяє прогнозувати активний розвиток галузі в майбутньому. Ріст ринку приватної медицини в Україні буде продовжуватися стрімкими темпами. Тому актуальним питанням є розробка управлінського механізму в закладах охорони здоров'я.

Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування усіх напрямків медицини до нового рівня якісного обслуговування та сучасних вимог європейського рівня. Основна мета реформи – забезпечення громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг та перебудування системи охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт. Таким чином, в Україні формується клієнто орієнтований підхід до управління закладами охорони здоров'я. Тому медичні заклади повинні забезпечити високий рівень сервісу, що забезпечуватиме взаємодію з клієнтом під час надання якісних медичних послуг.

Дослідженням особливостей управління закладом охорони здоров'я займалися такі вчені: І. Л. Сазонець, І. Я. Зима, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка, О. В. Романова, Б. А. Тхориков, А. А. Князев, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова, В. В. Тарасенко, Д. О. Баценко, П. Брагінський, М. Т. Бучма, Т. С. Муляр, С. Д. Бушуев, , Ю. Н. Тесля та інші вчені. Крім того, важливі наукові та науково-методичні розробки присвячені іншим аспектам державного управління, реформуванню менеджменту в сфері охорони здоров'я, кадровому забезпеченню медичних закладів в умовах трансформаційних перетворень здійснили такі науковці та фахівці як: Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Л. В. Литвинова А. Ф. Мельник,

Г. Л. Монастирський, П. П. Микитюк, В. С. Толуб'як, М. М. Шкільняк, А. Ю. Жуковська, О. П. Дудкіна, Т. М. Попович та інші.

Мета дослідження – визначити напрямки вдосконалення організації управлінської діяльності закладу охорони здоров'я.

Відповідно меті окреслено такі завдання:

- охарактеризувати сучасні підходи до організації управління в закладах охорони здоров'я;
- розглянути методологію організації управлінської діяльності в сучасних умовах реформування охорони здоров'я;
- проаналізувати організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності;
- здійснити характеристику діяльності закладу охорони здоров'я;
- провести аналіз системи управління та організації управлінської діяльності;
- оцінити ефективність організації управлінської діяльності керівників закладу охорони здоров'я;
- запропонувати шляхи покращення стратегічної управлінської діяльності;
- виявити можливості впровадження клієнто орієнтованого підходу управління закладом охорони здоров'я;
- запропонувати шляхи оптимізації організації роботи керівних фахівців закладу охорони здоров'я.

**Об'єкт дослідження** – організація управлінської діяльності закладу охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – організаційний механізм управлінської діяльності закладу охорони здоров'я.

У роботі використано такі загальнонаукові та економіко-статистичні методи дослідження:

- історико-економічний, монографічний, наукового узагальнення – для виокремлення концептуальних підходів до управління закладом охорони здоров'я та формування сучасних концептуальних засад управлінської діяльності в умовах реформування галузі;
- індукції, дедукції – для визначення сутності понять «система управління закладом охорони здоров'я» і «автономізація закладу охорони здоров'я»;
- системно структурний аналіз, порівняння – для удосконалення підходів до технологій формування персоналу підприємств;
- статичний метод економічного аналізу на основі показників роботи медичного закладу, стану охорони здоров'я та демографічних індикаторів регіону – для виокремлення проблем функціонування закладу охорони здоров'я та шляхів оптимізації управлінської діяльності.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості впровадження запропонованої стратегії клієнто-орієнтованого управління з метою покращення якості медичних послуг. Зокрема, доцільно впровадити навчання в межах визначених управлінських компетенцій для забезпечення більш ефективної діяльності.

**Апробація результатів.** Результати дослідження апробовані на Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні»

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків. Кваліфікаційна робота містить 90 сторінок основного тексту, 22 таблиці, 6 рисунків, список використаних джерел із 67 найменувань, 2 додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Сучасні підходи до організації управління в закладах охорони здоров'я**

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 [9]. 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.

Взявши за основу принцип множинності опису кожної системи, розглянемо заклад охорони здоров'я з різних аспектів діяльності, формуючи різні варіанти входів і виходів.

Отже, розглянемо наступну модель: вихід – надання медичної послуги, вхід – ресурси та інформація. Застосування системного підходу починається з проведення маркетингових досліджень і формування параметрів виходу (надання медичної послуги): яку послугу надавати, з якими показниками якості, які витрати на її надання, у які терміни, хто буде споживачем послуги, за якою ціною тощо. На всі ці запитання відповідь потрібно надати одночасно.

Медична послуга має бути конкурентоспроможною. Потім необхідно визначити параметри входу: які потрібні ресурси і яка інформація. Потреба в ресурсах та інформації прогнозується після вивчення організаційно-технічного рівня системи (рівень кваліфікації персоналу, якість обладнання, технології, організація праці, управління) та параметрів зовнішнього середовища (політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта).

Зворотний зв'язок є комунікативним каналом від отримувачів послуги до її надавачів. У разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни і внести відповідні зміни в параметри функціонування. Реакція системи відображається в плануванні, зміні функцій усередині організації. Організація є основною складовою і забезпечує взаємодію між підсистемами та всією системою. Організація об'єднує ресурси (людей, матеріальні засоби, фінанси) і визначає правила (права та відповідальність). Особливості системного підходу в керівництві медичними закладами.

Особливістю системи надання медичних послуг є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова. Процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу і медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги. Під обладнанням ми розуміємо будь-які матеріальні речі, що необхідні для надання медичної послуги.

Перспективним еволюційний 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 планує-виконуй-перевір-коректує, 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 [1] 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. Семашка, де система є державною

---

<sup>1</sup> 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)

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.

Автономізація – це процес реорганізації комунального закладу охорони здоров'я у некомерційне комунальне підприємство, що дасть змогу розширити права та свободи в управлінні та прийнятті управлінських рішень керівниками медичних закладів. Автономізація забезпечує матеріальну, трудову та фінансову самостійність діяльності медичного закладу та передбачає реорганізацію в комунальне неприбуткове підприємство, дохід якого спрямовується на фінансування його розвитку.

Тобто автономізація передбачає збільшення автономності, самостійності управління, сприятиме поліпшенню якості медичних послуг, підвищення економічної ефективності їх фінансування.

Реорганізації бюджетних медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства дає змогу керівництву:

- формувати та реалізовувати кадрову політику, встановлення різних форм оплати праці;
- змінювати та визначати організаційну структуру закладу;
- формувати фінансовий план та розпоряджатися коштами, відкривати банківський рахунок;
- співпрацювати з іншими медичними закладами для перерозподілу функцій та оптимізації фінансових, людський та матеріальних ресурсів;
- наймати лікарів фізичних осіб-підприємців.

Для контролю за діяльністю медичного закладу формуються спостережні та наглядові ради, до яких входять представники медичного закладу, органи місцевого самоврядування, місцеві депутати та представники громади.

Інструменти, які сьогодні мають головні лікарі та керівники медичних закладів приватної форми власності, так само матимуть і керівники державних та комунальних лікарень.

В результаті проведення реформ зростатиме якість медичних послуг державних та комунальних закладів охорони здоров'я, ефективність організації їх роботи. Тому зростатиме рівень конкуренції в галузі медицини в цілому. Приватні клініки повинні впроваджувати інновації в організації роботи задля забезпечення ефективності діяльності та зростання якості медичних послуг, доступності та популяризації приватної медицини в Україні.

На основі прагматичного підходу та доказової медицини в Україні запроваджуватиметься державно-приватне партнерство, особливо у сфері лабораторної діагностики.

Для закладів охорони здоров'я відкриваються нові механізми залучення фінансових ресурсів, серед яких: співпраця з благодійними фондами та організаціями, розвиток співпраці зі страховими компаніями, міжнародними організаціями, що працюють в сфері надання медичних послуг та модернізації систем управління медициною, створення підрозділів лікарні, які працюють на комерційних принципах, розвиток діяльності лікарняних кас<sup>2</sup>.

Робота у складних умовах реформування вимагає наявності у керівників закладів охорони здоров'я певного арсеналу особистих та професійних якостей, відсутність яких веде до формування численних

---

<sup>2</sup> Сазонець І. Л., Зима І. Я. Вдосконалення системи управління охороною здоров'я в рівненській області на основі впровадження проекту світового банку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 49–53.

управлінських обмежень та є перешкодою на шляху модернізації галузі. Відповідно дослідженню<sup>3</sup> в Україні спостерігається наявність великої когорти керівників (90,2% з числа обстежених) з численними (у середньому  $4,6 \pm 0,09$ ) обмеженнями управлінської діяльності, що може нівелювати усі спроби перетворень у системі охорони здоров'я, оскільки зрушення можливі тільки за умов наявності «критичної маси» керівників, здатних до інновацій. Встановлено, що найбільш часто проявляються такі обмеження, як розмиті особистісні цінності (56,9%), низька здатність формувати колектив (53,3%) та невміння навчати підлеглих (51,2%), що негативно відбивається на будь-яких спробах з оптимізації діяльності галузі, оскільки керівники закладів не можуть організувати і себе, і колектив у нових умовах діяльності. Також це перешкоджає розвитку інших управлінських здатностей. Стрижневим обмеженням, що стримує рівень результативності більшості керівників, є недостатня сформованість навички вирішення проблем, що в свою чергу веде до недостатньої згуртованості колективу. При цьому спостерігається невідповідність між особистими цілями керівника (частота обмеження 9,8 %) та сучасними управлінськими завданнями, які стоять перед організаторами охорони здоров'я.

Інші дослідження також підтверджують неефективність управління закладами охорони здоров'я через наслідки управлінської діяльності пострадянської адміністративно-командної моделі за принципом згори-вниз. Модифікації управління закладами охорони здоров'я останніх років не внесли кардинальних змін у застарілі підходи до менеджменту. Переважна частина управлінських методів, що використовуються у закладах охорони здоров'я, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей,

---

<sup>3</sup> Лехан В.М., Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я // В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Г.С. Канюка, О.В. Романова // Економіка і право охорони здоров'я. № 1 (1). 2015. С. 81-86.

неефективна і не відповідає основним завданням, що стоять перед системою ОЗ [4].

У складі керівників медичних закладів переважають управлінці колишньої формації, що володіють позитивним соціальним самопочуттям і достатнім рівнем професіоналізму, але не володіють, повною мірою, знаннями і технологіями сучасного менеджменту. Їх практична повсякденна діяльність будується на основі наявних особистісних якостей і управлінських навичок, отриманих дослідним шляхом [5].

Натепер у повсякденній професійній діяльності керівників закладів охорони здоров'я переважає господарча та фінансова діяльність, а також забезпечення закладу необхідними для діяльності ресурсами (сукупна частка даних видів діяльності найбільша – 39,97%). Це кореспондується з дослідженнями інших українських фахівців, згідно з якими у діяльності головних лікарів переважає господарча робота, а не творча управлінська діяльність [6]. Отже, в управлінській діяльності закладів охорони здоров'я на сьогодні відсутній творчий підхід до організації діяльності, який передбачає впровадження інноваційних методів роботи закладу, інновацій в організації управлінської діяльності та управлінських технологій.

За влучним виразом кандидата філософських наук В.В. Тарасенка, сучасний підхід до управління можна визначити як «феодалний менеджмент», коли спостерігається відхід керівників від цінностей науки, кар'єрний ріст визначається кланово-становими відносинами, статус стає «платою» за заслуги, оцінка роботи проводиться не за результатами роботи, а

---

<sup>4</sup> Тхориков Б. А. Проектное управление в ЛПУ : опыт Белгородской области. *Здравоохранение*. 2012. № 7. С. 28–32.

<sup>5</sup> Князев А. А. Формирование и развитие стратегического резерва руководящих кадров в здравоохранении (организационно-управленческие аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / А. А. Князев. Москва, 2013. 25 с.

<sup>6</sup> Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2012. № 3 (53). С. 57–59.

за приналежністю до клану, здатністю надавати послуги вищому феодалу, а відносини з вищим керівником стають єдиною управлінською реальністю [7].

У операційному керівництві МОЗ «Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні»<sup>8</sup> визначено два найбільш ефективні підходи системний та прикладний.

Системний на основі процесного підходу впровадженні інновацій управлінської діяльності, елементами якого є цикл «Плануй – роби – перевіряй – впливай» на базі моделі безперервного поліпшення процесів. Процесний підхід передбачає здійснення детального опису всіх процесів, які відбуваються в організації, систематичне визначення їх взаємодій та керування ними для досягнення запланованих результатів. Прикладами процесів в організації, яка надає ПМД, можуть бути «Запис на консультацію до лікаря», «Відвідування пацієнта вдома», «Спілкування з пацієнтами телефоном», «Направлення до вузькопрофільних фахівців» тощо.

Основними принципами управління якістю згідно з ISO є:

1. Орієнтація на споживача: організації необхідно робити те, що хоче споживач зараз і захоче в майбутньому, навіть якщо він цього не усвідомлює.
2. Лідерство керівника: організація діє завжди в рамках обмеженості ресурсів та вхідних даних у конкурентному середовищі, тому тільки лідер, який володіє баченням та силою духу, здатний забезпечити досягнення її цілей (місії).
3. Залучення персоналу: персонал організації є її основним і одночасно найуразливішим ресурсом, тому опора лідерів на нього – запорука успіху.
4. Процесний підхід: СУЯ організації – це не статичне утворення, тому що її елементами є процеси, через які досягаються цілі, тобто через процеси впроваджуються будь-які зміни.

---

<sup>7</sup> Тарасенко В. В. Стратегии развития территориальных кластеров / В. В. Тарасенко // Экономические стратегии. 2011. № 11. С. 82–92.

<sup>8</sup> Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с. [https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf)

5. Постійне поліпшення: основа сучасного менеджменту, яка передбачає постійну адаптацію до подій та очікуваних змін у середовищі, а іноді й формує їх.

6. Прийняття рішень, заснованих на фактах: нагадування про те, що стабільне функціонування організації можливе на основі не тільки інтуїції, а й даних.

7. Взаємовигідні відносини: разом з принципом орієнтації на споживача передбачають формування стійких ланцюгів поставок на основі взаємовигідного співробітництва.

На «вході» в систему існують вимоги (очікування) отримувачів послуг (пацієнтів), на «виході» – послуги, які задовольняють ці потреби. Ступінь задоволеності пацієнтів визначається шляхом вимірювання. Відповідальність керівництва передбачає, що керівники постійно підтримують фокус уваги організації на потребах пацієнтів та вимогах законодавства, встановлюють чіткі цілі забезпечення якості та сприяють їх усвідомленню всіма співробітниками, забезпечують наявність необхідних ресурсів. І через управління ресурсами здійснюється удосконалення якості послуг для кращого задоволення потреб споживачів (пацієнтів).

Прикладний підхід передбачає використання окремих елементів СУЯ дозволяє отримати швидкі результати в підвищенні якості послуг ПМД, які відчують споживачі (пацієнти). Такі результати також можуть мотивувати команду ПМД до подальшого впровадження більш системного підходу зі створенням повноцінної СУЯ. Головна передумова таких точкових змін – це визнання всіма членами команди ПМД декількох важливих принципів:

1. Пацієнт-орієнтованість: заклад ПМД працює насамперед для задоволення потреб пацієнтів.

2. Подальше успішне існування закладу ПМД залежить від того, наскільки послуги ПМД відповідають потребам пацієнтів.

3. Для визначення задоволеності пацієнтів її необхідно вимірювати.

4. На підставі вимірювання необхідно вносити зміни в реальну практику надання послуг.

Як засвідчує досвід управління командами, група не зможе досягти успіху, доки всі її члени не поділятимуть спільних цінностей та принципів. Заміна членів команди, які не поділяють спільних цінностей, на однодумців – найбільш ефективний шлях ЯКІСТЬ ПОСЛУГ ПМД до досягнення поставлених цілей. Особливо це стосується медичних закладів, де певні цінності (позитивне ставлення до людей, співпереживання, готовність прийти на допомогу ближньому та ін.) закладаються з вихованням і які важко набути в дорослому віці.

Отже, у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та автономізацією закладів охорони здоров'я, в Україні змінюються підходи до організації управлінської діяльності. Найбільш поширеними та дієвими можна визначити системний та процесний, які орієнтуються на надання якісних медичних послуг та передбачають системність управління усіма процесами медичного закладу.

## **1.2. Методологія організації управлінської діяльності**

За умов реформування охорони здоров'я та впровадження проектно-програмного підходу, потребі у впровадженні міжнародних вимог та стандартів, наданні населенню якісних послуг, існує потреба у виявленні найбільш ефективних методів організації управління медичними закладами. На сьогодні все ще використовується застарілий підхід та методи управління. Вони потребують заміни, інтенсивного навчання методам медичного управлінського персоналу, адаптації. В Україні доцільно впроваджувати інтегрований досвід управління на всіх рівнях.

Стратегічне управління є складовою інтегрованого управління медичними закладами. Стратегія розвитку закладу охорони здоров'я забезпечує впровадження економічних, соціальних, наукових конкурентних

переваг на ринку медичних послуг, сталий розвиток, ефективне функціонування, вирішення системних проблем організацій сфери. При цьому усі цінності та вимоги стейкхолдерів дотримані (власників, персоналу, населення).

Питання втілення стратегії організації в проекти, зокрема у проекти розвитку, висвітлено у роботах [9]. Однак, необхідно зазначити, що проекти організації, згідно зазначених робіт, можуть об'єднуватися у деякі сукупності (програми, портфелі, мультипроекти тощо) або реалізовуватися окремо один від одного. Тому для медичних проектів сформулюємо нове визначення, що узагальнює поняття множини проектів організації (зокрема у медичній сфері), в які може трансформуватися стратегія.

Система проектів – сукупність взаємопов'язаних або не взаємопов'язаних лікувальних, організаційних і наукових проектів, програм, що структуровані у портфелі, програми, представлені у вигляді мультипроекту, пулу або будь-якої іншої сукупності, або не структуровані і є окремими проектами, та взаємодіють між собою. В

Пул проектів – невпорядкований набір проектів, що реалізуються окремо один від одного і не пов'язані ані спільною стратегією, ані спільними ресурсами.

Для реалізації стратегічного управління існує три найбільш використовуваних за кордоном методи, які формують методологію управління закладом охорони здоров'я. Вони використовуються з метою реалізації сукупності проектів, портфелів проектів, управління ними:

---

<sup>9</sup> Муляр, Т. С. Формування і реалізація стратегії підприємств / Т. С. Муляр // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). 2013. № 2(6). С. 289–300.

Рач, В. А. Методи оцінки альтернативних проектів стратегій регіонального розвитку [Текст] / В.А. Рач, О.В. Россошанська // Управління проектами: стан та перспективи: мат. між. конф. Миколаїв 16-18 вересня 2009 р. Миколаїв: НУК, 2009. С. 4–6.

Бушуев, С. Д. Модели и методы развития организаций от «видения» к реальности [Текст] / С. Д. Бушуев, Н.С. Бушуева // Управління проектами та розвиток виробництва: зб.наук.пр. Луганськ: вид-во СНУ ім. В.Даля, 2005. №4 (16). С. 5–13.

Тесля, Ю.Н. Концептуальные основы информационной теории проектов [Текст] / Ю. Н. Тесля // Вісник ЧДТУ, Черкаси. 2002. №4. С. 69–74.

- віялоподібний Agile-метод формування, управління окремими проектами ПОМЗ;
- спіральний метод формування, управління портфелем проектів;
- проактивний метод формування, управління програмою розвитку проектів або окремих заходів покращення надання послуг.

Розглянемо ці методи послідовно. У зв'язку зі значним поширенням Agile-методології [<sup>10</sup>], проникнення її в проектний менеджмент [<sup>11</sup>], застосуємо гнучкий підхід для формулювання першого методу.

Віялоподібний Agile-метод створення та управління пулом окремих проектів ПОМЗ сформулюємо у вигляді послідовності етапів (1-10).

1. Вибір критерію, за яким будуть обиратися проекти для реалізації (критерій К1 ). Заклад охорони здоров'я має визначити множину ознак у вигляді критерію, за яким буде прийматися рішення про ініціалізацію проекту. Таким критерієм може бути:

- проект, найбільш підготовлений для реалізації;
- найбільш стратегічно важливий проект;
- найбільш простий проект для реалізації;
- складений критерій, що поєднує декілька критеріїв, тощо.

2. Вибір критерію, який буде визначати максимальний обсяг пулу проектів (критерій К2 ). Для реалізації проектної діяльності ПОМЗ має виділити частину своїх ресурсів – фінансових, організаційних, інформаційних тощо. З метою визначення величини цієї частини пропонується сформулювати критерій, за яким буде обиратися максимальний обсяг пулу ресурсів під час планування (перепланування) проектної діяльності закладу охорони здоров'я.

---

<sup>10</sup> Martin, Robert C. Agile Software Development, Principles, Patterns, and Practices. Pearson, 2002. 528 p.  
Cohn, Mike. Succeeding with Agile: Software Development Using Scrum. Pearson Education, 2009. 504 p.

<sup>11</sup> Agile Practice Guide. USA. PMI, 2017. 210 p.

3. Визначення першого (чергового) проекту для включення в пул проектів згідно з критерієм, що визначений у кроці 1 цього методу (критерій К1).

4. Визначення інтерфейс-точки проекту (критерій К3).

Інтерфейс-точка проекту – період (захід, робота, задача, інша сутність з часовим виміром) у проекті, після завершення якого зусилля на управління проектом суттєво знижуються, в результаті чого команда проекту має значно нижче навантаження і набуває можливості без шкоди для поточного проекту паралельно бути задіяною у реалізації іншого проекту. Слід зазначити, що інтерфейс-точка проекту, як це може слідувати із завантаженості системи управління проектом протягом його життєвого циклу, як правило, розташовується через короткий проміжок часу після початку фази реалізації.

В цей час детальні плани щодо проекту і щодо управління проектом вже затверджені, апробовані і відкориговані, а навантаження на систему управління є мінімальним і полягає у моніторингу проекту та здійсненні коригуючих дій за затвердженою процедурою.

5. Управління проектом (пулом проектів) закладу охорони здоров'я до досягнення інтерфейс-точки (одного з проектів).

6. Аналіз критерію К2, що визначає максимальний обсяг пулу проектів ПОМЗ, на предмет можливості ініціалізації наступного проекту. Якщо така можливість буде підтверджена, перехід на етап 3 цього методу, інакше – перехід до наступного, сьомого етапу.

7. Очікування завершення одного з проектів пулу проектів закладу охорони здоров'я. Управління пулом проектів.

8. При завершенні одного проекту з пулу проектів закладу охорони здоров'я: аналіз необхідності переходу від управління пулом проектів до портфельного або програмного управління. У випадку підтвердження такої необхідності – перехід на етап 10 цього методу, інакше – на етап 9.

9. Аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища проекту, його мікро-, мезо- і макрооточення на предмет необхідності оновлення критеріїв,

визначених на етапах 1 і 2 (критерії К1 і К2 ) цього методу. У випадку підтвердження такої необхідності – перехід до етапу 1 цього методу, інакше – до етапу 3.

10. Підведення підсумків роботи з пулом окремих проектів, винесення уроків, фінальне звітування за пулом проектів, формалізація кращої практики. Перехід до портфельного або програмного управління проектною діяльністю закладу охорони здоров'я.

Віялоподібним метод є тому, що проекти набираються в пул як у віяло – один за одним. Гнучкість методу (втілення agile-підходу) визначається постійним переглядом критеріальної бази під час реалізації управління пулом проектів. Схема реалізації віялоподібного Agile-методу створення та управління пулом окремих проектів закладу охорони здоров'я наведена на рисунку.

Спіральний метод створення та управління портфелем проектів закладу охорони здоров'я сформулюємо у вигляді послідовності етапів (1-12).

1. Визначення загального обсягу ресурсів закладу охорони здоров'я, що його буде виділено на реалізацію портфеля проектів (критерій К4 ).

2. Визначення квоти кожного типу проектів – лікувальних, наукових і організаційних; тобто такої ознаки, за якою можна було б виокремлювати частину загального обсягу ресурсів на кожен тип проектів – підпортфель закладу охорони здоров'я (критерій К5 ).

Підпортфель ПОМЗ – складова частина портфеля проектів закладу охорони здоров'я, що включає однотипні проекти. Згідно з цим визначенням, портфель проектів заклад охорони здоров'я може включати три підпортфелі – підпортфель лікувальних проектів, підпортфель організаційних і підпортфель наукових проектів.

3. Коригування стратегії кожного типу проектів. Виходячи зі стратегії закладу охорони здоров'я, відбувається коригування стратегії кожного підпортфеля на поточний час.

4. Коригування стратегії портфеля з урахуванням відкоригованих стратегій, визначення атракторсинергетизму стратегій (критерій К6 ).

Атракторсинергетизму стратегій – підмножина динамічної системи управління портфелем проектів, що визначає ознаки, при одночасному настанні яких стратегія підпортфеля лікувальних проектів закладу охорони здоров'я, стратегія підпортфеля наукових проектів закладу охорони здоров'я і стратегія підпортфеля організаційних проектів закладу охорони здоров'я при взаємодії виробляють синергетичний ефект для закладу охорони здоров'я.

5. Визначення часу чергового перегляду портфеля (найбільш поширеним є щорічний перегляд у грудні), а також визначення проактивних ранніх ознак кризи (критерій К7 – ПРОК1), при настанні яких буде відбуватися позачерговий перегляд портфеля проектів, та при настанні яких заклад охорони здоров'я має переходити до управління програмою розвитку (критерій К8 – ПРОК2).

6. Визначення критеріїв, за якими буде формуватися кожен підпортфель – лікувальних, наукових і організаційних проектів (критерії К9 , К10 , К11).

7. Пріоритезація проектів-претендентів відповідно до визначених критеріїв, формування (перегляд) підпортфелів і портфеля в цілому.

8. Робота над реалізацією сформованого портфеля проектів.

9. Аналіз критерію ПРОК2 (К8 ). У випадку настання ознак, що визначає ПРОК2 – перехід до етапу 12 цього методу. Інакше – до етапу 10.

10. Аналіз критерію ПРОК1 (К7 ). У випадку настання ознак, що визначає ПРОК1 – перехід до етапу 7 цього методу. Інакше – до етапу 11.

11. Аналіз дистанції до настання часу чергового перегляду портфеля проектів ПОМЗ (критерій К12). Якщо дистанція (К12) менше деякого визначеного значення – перехід до етапу 7 цього методу, інакше – до етапу 8.

12. Підведення підсумків роботи з портфелем проектів, винесення уроків, фінальне звітування за портфелем проектів, формалізація кращої

практики. Перехід до управління програмою розвитку закладу охорони здоров'я.

Метод називається спіральним оскільки портфель проектів закладу охорони здоров'я, з якого виключаються і в який включаються проекти, з кожною такою дією, потрапляє на новий виток спіралі розвитку.

Проактивний метод створення та управління програмою розвитку закладу охорони здоров'я.

1. Аналіз розробленої стратегії, усіх її компонентів. Виявлення трендів і інновацій (критерії К13 , К14) у лікувальній, науковій і організаційній сфері.

2. Визначення драйверів і інгібіторів (ризиків) розвитку закладу охорони здоров'я (критерії К15 , К16).

Рушійні сили або драйвери розвитку (визначені у літературі з управління проектами у джерелах [12]) для ПОМЗ визначимо як деякі сутності організаційного, управлінського, маркетингового або іншого характеру, що роблять можливим і прискорюють розвиток ПОМЗ.

3. Прогнозування розвитку медичної сфери і формулювання проактивних маркерів розвитку та показника критичної зміни кожного маркера (критерії К17 , К18).

Проактивний маркер розвитку – ознака, за якою визначається можливість продовження розвитку або його сповільнення у майбутньому, виходячи з аналізу поточних факторів і їх динаміки.

4. Визначення пріоритетності типів проектів розвитку (лікувальної сфери, наукової сфери, організаційної сфери).

---

<sup>12</sup> Бушуєв, Д. А. Імунна пам'ять як інструмент управління програмами розвитку підприємств / Д. А. Бушуєв // Вісник ЛДУ БЖД: зб. наук. пр. Львів, 2015. №12. С. 23–28.

Бушуєв, С. Д. Методології управління проектами на моделях класу «рушійні сили – опір» / С. Д. Бушуєв, Р. Ф. Ярошенко // Управління розвитком складних систем. 2010. № 2. С.11–15.

Тімінський, О. Г. Розблокування латентних конфліктів і перетворення їх з «опорів» в «рушійні сили» програм розвитку / О. Г. Тімінський, Д. З. Берулава // Вісник ЛДУ БЖД: Зб. наук. пр. Львів. 2014. № 10. С. 136-141.

Ярошенко, Ю. Ф. Моделі «рушійні сили – опори» в управлінні проектами та програмами. К.: Самміт книга, 2010. 160 с.

5. Формалізація (корекція) проектів розвитку усіх типів (на основі критеріїв К13 , К14 , К15 , К16), визначення (корекція) їх цілей і задач, індикаторів досягнення цілей (критерії К19 , К20 , К21).

6. Реалізація програми розвитку закладу охорони здоров'я, управління програмою.

7. Аналіз показника критичної зміни кожного маркера (критерій К18). У випадку настання критичної зміни – перехід до етапу 2 цього методу, у зворотному випадку – до етапу 8 цього методу.

8. Аналіз індикаторів досягнення цілей проектів програми (критеріїв К19 , К20 , К21). У випадку досягнення цілей одним з проектів – перехід до етапу 9 цього методу, інакше – до етапу 6.

9. Якщо цілі усіх проектів програми досягнуті – перехід до етапу 10, інакше – підведення підсумків роботи з проектом програми, винесення уроків, фінальне звітування за проектом, формалізація кращої практики. Перехід до етапу 5 цього методу.

10. Підведення підсумків роботи за програмою розвитку, винесення уроків, фінальне звітування за програмою, формалізація кращої практики. Перехід до управління пулом проектів закладу охорони здоров'я або портфельного управління проектною діяльністю ПОМЗ.

Розроблені методи та критеріальна база, на яких вони побудовані (критерії К1 – К21), пропонуються в якості гнучкого системного механізму трансформації розробленої стратегії закладу охорони здоров'я в систему проектів закладу охорони здоров'я. Тим самим забезпечується інтегральне управління розвитком закладу охорони здоров'я через систему проектів, що складається з пулу окремих проектів, портфеля поточних проектів (у складі підпортфеля лікувальних проектів, підпортфеля наукових проектів і підпортфеля організаційних проектів закладу охорони здоров'я) і програми розвитку закладу охорони здоров'я. Успішне управління системою проектів закладу охорони здоров'я має підкріплюватися моніторингом її реалізації і

розробкою стратегії окремих проектів, що її складають, на основі стратегії закладу охорони здоров'я.

### **1.3. Організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності**

Механізм організації управлінської діяльності можна визначити як організаційно-економічну систему методів, інструментів забезпечення діяльності, функціонування та контролю за фінансово-господарською складовою медичного закладу, в результаті використання яких досягається сталий розвиток медичного закладу та впроваджується клієнто орієнтований підхід.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я розглядається у праці<sup>13</sup> як система цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (органи управління закладом, наділені повноваженнями щодо прийняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку) та об'єктом управління (заклад охорони здоров'я і система економічних відносин у процесі його функціонування) шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження і трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням дії численних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

На рис. 1.1 відображено організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності, що дає підстави виділити такі його елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових і специфічних принципів управління, функціональна та забезпечувальна підсистеми, економічні важелі та стимули.

---

<sup>13</sup> Смирнов С. О. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 3(185). 2016. С. 78-83.

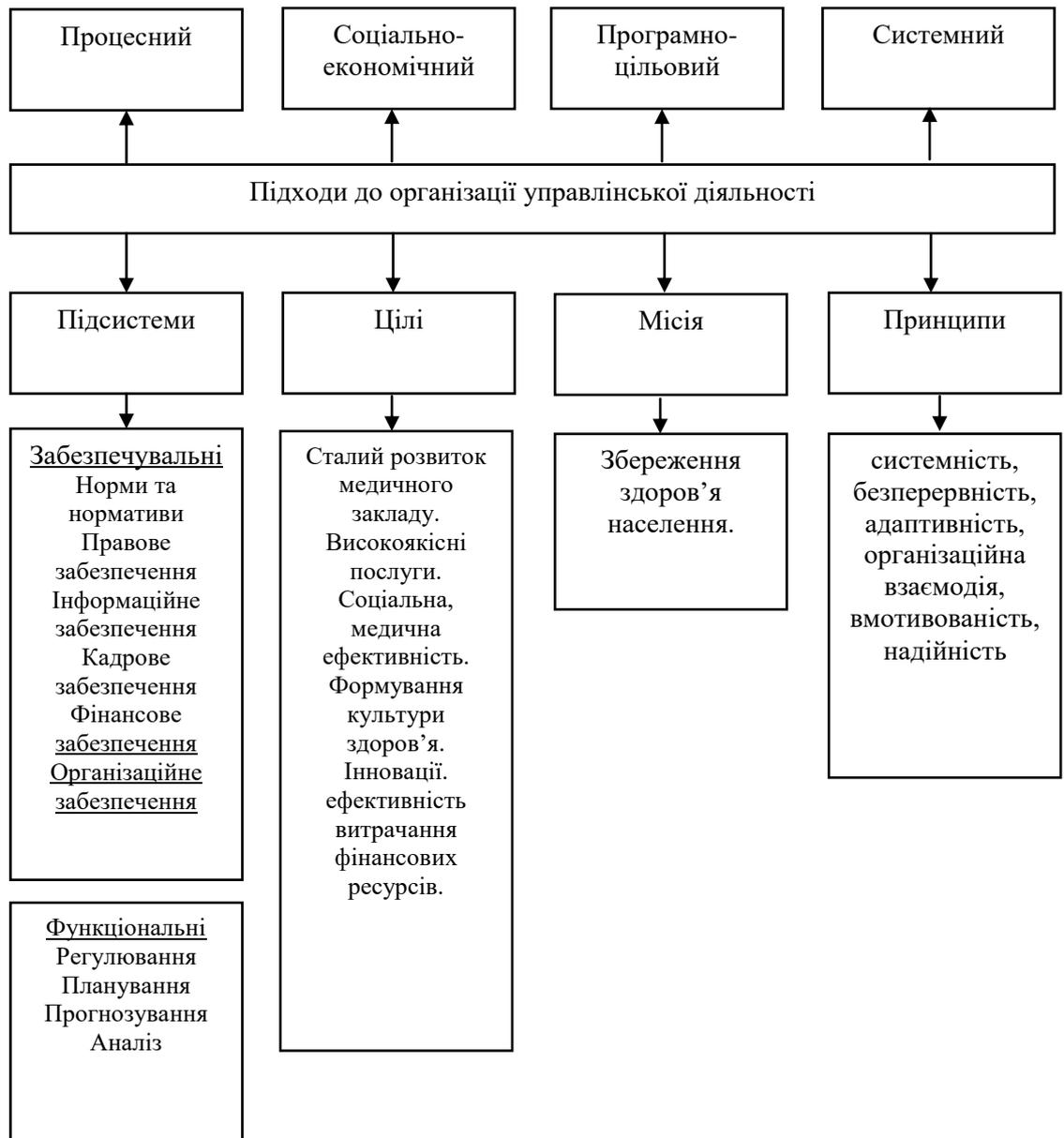


Рис. 1.1. Організаційно-економічний механізм організації управлінської діяльності

Примітка. Складено автором на основі [14].

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я включає дві підсистеми: функціональну та забезпечувальну. У складі першої провідне місце, на наш погляд, належить регулюванню, оскільки надання послуг із охорони здоров'я не лише підлягає обов'язковому ліцензуванню,

<sup>14</sup> Смирнов С. О. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 3(185). 2016. С. 78-83.

але й технологічна його компонента регламентується уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги у розрізі спеціальностей, на базі яких з урахуванням власних можливостей у закладі охорони здоров'я розробляються локальні протоколи з внутрішніми інструкціями для медичного персоналу. Залежно від обраного підходу відбувається підбір методів та визначення цілей управління закладом.

Доцільно зауважити, що організаційно-економічному механізму буде притаманна циклічність, яка припускає безперервність процесу управління закладами охорони здоров'я. При цьому, формування організаційно-економічного механізму управління за його організаційним спрямуванням здійснюватиметься за принципи<sup>15</sup>:

- системності – орієнтація концепції організаційного розвитку на формування системи організаційного забезпечення, адекватної стратегіям розвитку закладу охорони здоров'я та існуючим можливостям;
- організаційної взаємодії – забезпечення організаційної взаємодії всіх складових механізму закладу охорони здоров'я як цілісності;
- цільової спрямованості – спрямованість концепції розвитку на забезпечення позитивного синергетичного ефекту організаційної взаємодії;
- безперервності – створення організаційно-господарських умов, за яких досягається безперервність розвитку;
- вмотивованості – врахування мотиваційного аспекту організаційної взаємодії при обґрунтуванні концепції розвитку та її реалізації;
- надійності – створення організаційно-господарських умов, за яких досягається безперервність і стійкість висхідної тенденції розвитку;
- адаптивності – своєчасна реакція механізму на зміни в зовнішньому та внутрішньому середовищі.

---

<sup>15</sup> Шевченко В.А. Організаційне забезпечення інноваційного розвитку медичного закладу / В.А. Шевченко / Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Економіка. 2015. № 9 (3). №10/1. Т. 23. С. 157-163.

В сучасних умовах господарювання як вітчизняні, так і зарубіжні заклади охорони здоров'я зіштовхуються з дилемою: з одного боку, необхідно забезпечувати виконання вимог до використання інноваційних методів діагностування та лікування, які мають задовольняти нереалізовані потреби пацієнтів, а з іншого – обмеженість фінансових ресурсів перешкоджає їх розвитку. Вирішення цих завдань можливе лише за умов перегляду та формування нових бізнес-моделей, що дозволить використовувати інноваційні технології, які, у свою чергу, допоможуть одночасно знизити витрати та підвищити якість надання медичних послуг. Отже, дослідження механізмів управління та особливостей розвитку закладів охорони здоров'я є нагальним і перспективним напрямом багатьох наукових досліджень [16].

Основними методами державного регулювання закладу охорони здоров'я є адміністративні, правові, економічні, соціально-мотиваційні.

До адміністративних методів управління закладом охорони здоров'я слід віднести: розробка та контроль виконання проектів та програм з покращення фінансово-господарської діяльності закладу; планування, контроль та якісна підготовка необхідної кількості кадрів; атестація медичних працівників; планування навчання медичного персоналу; встановлення стандартів, в тому числі обслуговування клієнтів; упорядкування системи статистичної звітності; використання нових технологій; організація та забезпечення надання якісних послуг.

До економічних методів управління слід віднести: планування та прогнозування розвитку закладу охорони здоров'я на три-п'ять років; планування бюджету закладу, доходів та видатків, забезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів та коштів донорів, інших джерел фінансування; проведення ярмарків та днів відкрити дверей для

---

<sup>16</sup> Літвінов О. С. Визначення факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку / О.С. Літвінов // Науковий вісник Одеського національного економічного університету. Науки: економіка, політологія, історія. 2017. № 4. С. 58-68.

популяризації реформування закладу та інформуванню населення про гарантовані медичні; залучення коштів міжнародних донорів на поставку медичного устаткування та матеріалів; фінансування цільових проектів розвитку закладу; купівля нового обладнання та технологій лікування, тобто інноваційна політика; впровадження нових управлінських процесів; регулювання фінансових потоків діяльності організацій та інші.

До соціально-мотиваційних методів управління варто віднести: залучення міжнародних грантів щодо фінансування закладу та проектів; роз'яснення інформаційна політики закладу охорони здоров'я: розміщення в Інтернеті інформації про діяльність закладу медицини, про стан здоров'я населення, розвиток та оцінку ефективності роботи закладу, сімейних лікарів; залучення територіальних громад до участі в управлінні галуззю, соціальні зобов'язання виробників перед споживачами медичних послуг; розвиток телемедицини; метод морального переконання.

На основі критичного аналізу існуючих підходів до управління закладом охорони здоров'я, вважаємо за доцільне запропонувати до використання організаційно-економічний механізм управління закладами охорони здоров'я з урахуванням особливостей їх функціонування при переорієнтації на інноваційний шлях розвитку.

Пропонований організаційно-економічний механізм міститиме п'ять етапів ефективного управління: аналіз, планування, організація, координація, оцінювання та коригування.

Перший етап застосування організаційно-економічного механізму закладами охорони здоров'я полягає у формуванні бачення та мети управління, що визначає актуальність цілей аналізу. Цілепокладання в даному контексті відіграє роль фундаменту всієї подальшої структури процесу управління, впливаючи на такі етапи, як підбір експертів, визначення факторів і напрямів розвитку закладу відповідно до вимог системи охорони здоров'я та інноваційної спрямованості. При реалізації етапу «аналіз» відбувається збір та обробка інформації про об'єкт управління

з метою оцінювання поточного стану закладу та розробки альтернативних варіантів рішень.

Етап «планування» передбачає власне формування організаційно-економічного механізму управління на основі встановленої мети та розроблених альтернатив. Тут необхідне встановлення фокусу управлінських дій за ключовими аспектами та складовими розвитку закладів охорони здоров'я.

У рамках етапу «організація» визначаються конкретні кроки для підготовки до реалізації управлінського рішення, здійснюється розподіл завдань й обов'язків за рівнями суб'єктів управління.

Етап «координація» передбачає контроль за реалізацією організаційно-економічного механізму. Відповідно, моніторинг результатів управління здійснюється впродовж етапу оцінювання та коригування.

Отже, запропонований механізм управління закладами охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку складається з п'яти етапів ефективного управління (аналіз, планування, організація, координація, оцінювання та координація) і враховує специфічні особливості функціонування закладів охорони здоров'я при переорієнтації їх на інноваційний шлях розвитку. Крім того, для розробленого механізму характерна циклічність, що забезпечує безперервність процесу управління закладами охорони здоров'я.

У дослідженні виявлено основні тенденції та трансформації організації управлінської діяльності закладу охорони здоров'я, визначено найбільш ефективні підходи до організації управлінської діяльності та можливості їх впровадження у закладі охорони здоров'я. У науковій літературі обґрунтовано використання різних підходів до управління в закладах охорони здоров'я, зокрема системний, програмно-цільовий, клієнтоорієнтований, процесний підхід на основі внесення інновацій та вирішення системних проблем, прагматичний підхід на основі доказової медицини. У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та автономізацією

закладів охорони здоров'я, в Україні змінюються підходи до організації управлінської діяльності. Найбільш поширеними та дієвими можна визначити системний та процесний, які орієнтуються на надання якісних медичних послуг та передбачають системність управління усіма процесами медичного закладу. На сьогодні все ще використовується застарілий підхід та методи управління.

Для реалізації стратегічного управління існує три найбільш використовуваних за кордоном методи, які формують методологію управління закладом охорони здоров'я. Вони використовуються з метою реалізації сукупності проектів, портфелів проектів, управління ними: віялоподібний Agile-метод формування, управління окремими проектами ПОМЗ; спіральний метод формування, управління портфелем проектів; проактивний метод формування, управління програмою розвитку проектів або окремих заходів покращення надання послуг.

Механізм організації управлінської діяльності можна визначити як організаційно-економічну систему методів, інструментів забезпечення діяльності, функціонування та контролю за фінансово-господарською складовою медичного закладу, в результаті використання яких досягається сталий розвиток медичного закладу та впроваджується клієнто орієнтований підхід. Запропонований механізм управління закладами охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку складається з п'яти етапів ефективного управління (аналіз, планування, організація, координація, оцінювання та координація) і враховує специфічні особливості функціонування закладів охорони здоров'я при переорієнтації їх на інноваційний шлях розвитку. Крім того, для розробленого механізму характерна циклічність, що забезпечує безперервність процесу управління закладами охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Характеристика діяльності закладу охорони здоров'я

КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДИТЯЧА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ» (далі КП «ДМКЛ ПМР»), до 2020 року «Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтава», є багатопрофільним спеціалізованим закладом, який надає лікувально-діагностичну, консультативну допомогу дітям міста Полтави та Полтавської області в віці від 0 до 18 років. Являється єдиним в області медичним закладом по проведенню спеціалізованої проведенню спеціалізованої хірургічної допомоги, лікуванню дітей з онкогематологічною та ендокринною патологією.

Комунальне підприємство є закладом охорони здоров'я, що надає медичну допомогу будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

На сьогодні комунальний заклад охорони здоров'я КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДИТЯЧА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ» (далі КП «ДМКЛ ПМР») потребує реконструкції, модернізації її матеріально-технічної бази, удосконалення видів високоспеціалізованої медичної допомоги дітям з урахуванням сучасних вимог з метою:

створити багатопрофільний дитячий заклад охорони здоров'я з забезпеченням високого рівня якості лікувально-діагностичного процесу для надання допомоги дітям з різними захворюваннями;

продовжити розвиток сучасної системи діагностики та лікування хірургічної, в тому числі нейрохірургічної, онкологічної, соматичної патології і гематологічних захворювань у дітей;

забезпечити 100% рівень охоплення сучасною діагностикою хворих дітей на різні види патології;

забезпечити максимально можливий рівень якості життя дітей з вродженими та набутими вадами розвитку, онкологічними та гематологічними захворюваннями, іншими важкими захворюваннями, які призводять до інвалідності та мають високий рівень смертності,

забезпечити сумісне перебування батьків з дітьми;

сконцентрувати кадрові і матеріальні ресурси;

забезпечити збереження цілісності лікарні;

зменшити соціальне навантаження на суспільство з питань надання медичної допомоги дітям з важкими захворюваннями, особливо які мають статус інвалідів дитинства;

впровадити прогресивні новітні технології (лікувально-діагностичні, освітні) на підставі науково-доказової медицини та вдосконалення існуючих методик діагностики та лікування;

інтегрувати Полтавщину в українське медичне співтовариство в галузі хірургії, гематології, в т.ч. трансплантації кісткового мозку, лабораторної служби тощо;

передбачити функціонування телекомунікаційної мережі та впровадження медичної інформаційної системи для забезпечення автоматизації основних бізнес-процесів медичної установи і забезпечити реєстрацію пацієнтів, ведення медичних форм, інтеграцію з медичним обладнанням, формування аналітичної та статистичної звітності та інші функції, яка буде відповідати сучасним вимогам до подібних систем.

Відповідно Статуту джерелами формування майна та коштів закладу охорони здоров'я є:

1. Кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти).
2. Власні надходження Підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг).

3. Цільові кошти.
4. Кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.
5. Кредити банків.
6. Майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб.
7. Майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі.
8. Майно, отримане з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.
9. Інші джерела, не заборонені законодавством.

Показники матеріально-технічної бази закладу практично не змінилися у 2020-2020 роках.

Серед подібних закладів охорони здоров'я характеризується середнім рівнем смертності (8 місце) немовлят, високим рівнем інвалідності та первинної інвалідності. За 3 квартали 2020 року смертність немовлят скоротилася, порівняно з 2018 роком. Проте зріс рівень первинної інвалідності. Рівень первинної інвалідності дітей до 18 років, на 10 000 дитячого населення скоротився до 9 осіб. Це вказує на те, що заклад охорони здоров'я не має суттєвого впливу на демографічну ситуацію, адже на стан здоров'я населення впливає ряд інших чинників, зокрема низький рівень культури охорони здоров'я, низький рівень якості послуг, інформування населення про сучасні можливості медичного закладу. Відтак, є потреба у фінансуванні людей з обмеженими можливостями.

Таблиця 2.3

## Загальні показники роботи за 2020-9 місяців 2021 року

Назва показників та одиниця виміру	Рейтинг закладу	2020	3 кв. 2021
Смертність немовлят у віці до одного року життя, на 1000 народжених живими	Показник	5,7	8,0
	Місце	8	15
Материнська смертність, кількість випадків на 100 000 народжених живими	Показник	-	-
	Місце	1-23	1- 22
Рівень первинної інвалідності на 10 000 населення працездатного віку	Показник	51,23096627	54,61
	Місце	21	20
Рівень первинної інвалідності дітей до 18 років, на 10 000 дитячого населення	Показник	25,95	9,19
	Місце	19	4

Примітка. Розраховано на основі [17].

У табл. 2.4 відображено загальні показники забезпеченості професійними кадрами та технічного забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» за 2020-9 місяців 2021 року.

Таблиця 2.4 Показники забезпеченості професійними кадрами та технічного забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» за 2020-9 місяців 2021 року

Назва показників та одиниця виміру	Рейтинг закладу	2020	3 кв. 2021
Кількість штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення	Показник	5,59	6,29
	Місце	8	7
Кількість фізичних осіб сімейних лікарів на 10 000 населення	Показник	3,78	5,24
	Місце	13	4
Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами, у %	Показник	67,69	88,89
	Місце	21	14
Забезпеченість стаціонарними ліжками на 10 тис. населення	Показник	42,3	40,20
	Місце	7	1
Забезпеченість ліжками в денних стаціонарах при поліклініках на 10 тис. населення	Показник	18,57	18,88
	Місце	8	8
Кількість днів роботи ліжка, зайнятість ліжка в днях	Показник	362,18	256,36
	Відх. від реком.	22,18	1,4
	Місце	19	3-4
Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік на 10 000 населення	Показник	933,01	655,74
	Місце	8	14

Примітка. Розраховано на основі [18].

<sup>17</sup> Рейтингові показники охорони здоров'я адміністративних територій Полтавської області за 12 місяців 2019 року та за III квартал 2020 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=1&s2m=1>

У табл. 2.5 відображено загальні показники фінансового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» за 2020-9 місяців 2021 року.

Таблиця 2.5 Показники фінансового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» за 2020-9 місяців 2021 року

Назва показників та одиниця виміру	Рейтинг закладу	2020	3 кв. 2021
Фактичні витрати бюджетних коштів з місцевого бюджету на 1 мешканця	Показник	852	849,30
	Місце	4	4
Фінансові витрати на придбання медичного обладнання в розрахунку на одного мешканця, грн.	Показник	38,27	13
	Місце	5	8
Залучено позабюджетних коштів (в грн. на 1 мешканця, без гуманітарної допомоги)	Показник	41,78	40,42
	Місце	16	11
Залучено позабюджетних коштів (у % до річного бюджету, без гуманітарної допомоги)	Показник	4,86	3,55
	Місце	15	11

Примітка. Розраховано на основі [19].

Високим є рівень витрат на придбання медичного обладнання в розрахунку на одного мешканця порівняно з іншими районами. Проте все ж показник залишається низьким. Рівень залученості позабюджетних коштів досить низький. У табл. 2.6 відображено показники кваліфікованості медичних кадрів КП «ДМКЛ ПМР» за 2020-9 місяців 2021 року.

Таблиця 2.6

Показники кваліфікованості медичних кадрів КНП «Ярмолинецький районний центр ПМСД» за 2020-9 місяців 2021 року

Назва показників та одиниця виміру	Рейтинг закладу	2020	3 кв. 2021
Питома вага атестованих лікарів у % до підлягаючих атестації	Показник	100	89
	Місце	1-16	19
Питома вага атестованих середніх медичних працівників у % до підлягаючих атестації	Показник	100	100
	Місце	1-21	1-17
Питома вага атестованих керівників закладів охорони здоров'я у % до підлягаючих атестації	Показник	100	100
	Місце	1-23	1-23
Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології, у %	Показник	0	0
	Місце	1-11	1-12

Примітка. Розраховано на основі [20].

<sup>18</sup> Рейтингові показники охорони здоров'я адміністративних територій Полтавської області за 12 місяців 2019 року та за III квартал 2020 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=1&s2m=1>

<sup>19</sup> Рейтингові показники охорони здоров'я адміністративних територій Полтавської області за 12 місяців 2019 року та за III квартал 2020 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=1&s2m=1>

Медичний заклад провів реорганізацію та був включений до Реєстру установ та організацій на підставі рішення контролюючого органу ДФС № 1822214600014 від 07.06.2018<sup>21</sup>. Отже, комунальний заклад провів автономізацію відповідно законодавству України, здобувши самостійність у усіх аспектах управління. У 2020 році КП «ДМКЛ ПМР» уклав договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій<sup>22</sup>.

Згідно укладеного договору за даними Національної служби охорони здоров'я КП «ДМКЛ ПМР» отримав за 2020 рік 7,7 млн. грн. виплат (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Динаміка виплат за договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій КП «ДМКЛ ПМР» у 2020 році

Рік	2021							Всього
	Кв. 1			Кв. 2			Кв. 3	
Квартал	Січень	Лютий	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	
Сума виплат за договором, грн.	1099463	1133034	1138181	1065407	1094805	1081752	1100522	7713164

Примітка. Розраховано на основі [23].

Впродовж 2018 року покращилась матеріально-технічна база КП «ДМКЛ ПМР»:

– придбано обладнання на суму 1157,066 грн. (ваги медичні, небулайзери, ЕКГ апарати, Набори гінекологічні, ростоміри, фонарики медика, стерилізатор повітряний, тонометри механічні, термометр інфрачервоний, аналізатор сечі, гематологічний аналізатор, утилізатор для

<sup>20</sup> Рейтингові показники охорони здоров'я адміністративних територій Полтавської області за 12 місяців 2019 року та за III квартал 2020 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=1&s2m=1>

<sup>21</sup> Комунальне некомерційне підприємство КП «ДМКЛ ПМР» URL: [https://youcontrol.com.ua/catalog/company\\_details/38283239/](https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/38283239/)

<sup>22</sup> Договір № 0000-4НММ-М000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Київ 16.01.2019. URL: [https://nszu.gov.ua/storage/files/2019\\_1548416119.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/files/2019_1548416119.pdf)

<sup>23</sup> Виплати медичним закладам за договорами з НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori/statistics>

голок, пікфлуометр, апарат для визначення рівня глюкози в крові, сумка-холодильник, сумки-лікаря, ампульниця, столик інструментальний, шафи медичні, кушетки оглядові, гігрометри, офтальмоскопи, пульсоксиметр, опромінювач бактерецидний, таблиці Сивцева, холодильник, автомобіль, комп'ютери, принтери, тест-смужки);

– розпочато капітальні ремонти приміщення, в 2018 році використано 953,3 тис. грн.

Відповідно до перевірки Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками 07.08.2018 КП «ДМКЛ ПМР» характеризується високим ступенем ризику щодо додержання вимог законодавства щодо якості лікарських засобів<sup>24</sup>. Отже, законність діяльності виступає одним з основних проблемних питань в організації діяльності медичного закладу.

Отже, починаючи з 2018 року та реорганізації КП «ДМКЛ ПМР» медичний заклад набув автономності в управлінській діяльності. Це дало змогу здійснити ряд позитивних змін: отримав можливість фінансового управління, управління матеріально-технічними та кадровими ресурсами. Проте не відбулося суттєвих позитивних змін у якості медичних послуг та стані здоров'я населення. Це потребує виявлення причин та аналізу управлінських процесів.

## **2.2. Аналіз системи управління та організації управлінської діяльності**

Управління КП «ДМКЛ ПМР» здійснює Полтавська міська рада (Засновник). Поточне керівництво (оперативне управління) Підприємством здійснює керівник Підприємства – Головний лікар (Директор), який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням міської ради

---

<sup>24</sup> Інспекційний портал. URL: [https://inspections.gov.ua/subject/view/inspections?subject\\_id=11808](https://inspections.gov.ua/subject/view/inspections?subject_id=11808)

відповідно до порядку, визначеного чинним законодавством та відповідним рішенням ради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам МОЗ. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність головного лікаря (Директора), умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

Наглядова рада Підприємства (у разі її утворення) контролює та спрямовує діяльність керівника Підприємства. Порядок утворення Наглядової ради, організація діяльності наглядової ради та її комітетів, порядок призначення членів наглядової ради затверджується рішенням Засновника.

Полтавська міська рада:

- визначає головні напрямки діяльності, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання;
- затверджує статут Підприємства та зміни до нього;
- затверджує фінансовий план Підприємства та контролює його виконання;
- укладає і розриває контракт з керівником Підприємства та здійснює контроль за його виконанням;
- погоджує Підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави.
- здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є власністю громади та закріплене за Підприємством на праві оперативного управління;
- приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію Підприємства, призначає ліквідаційну комісію, комісію з припинення, затверджує ліквідаційний баланс.

Місцевий орган виконавчої влади укладає з Підприємством договори про надання медичного обслуговування за рахунок коштів міського бюджету.

Головний лікар (Директор) підприємства:

1) представляє інтереси центру в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами;

2) самостійно вирішує питання діяльності;

3) організовує роботу щодо надання населенню, згідно з вимогами нормативно-правових актів медичної допомоги.

4) несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку Підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності, якість послуг, що надаються, використання наданого на праві оперативного управління майна спільної власності територіальних громад і доходу згідно з вимогами законодавства, Статуту та укладених підприємством договорів.

5) користується правом розпорядження майном та коштами Підприємства відповідно до законодавства та Статуту. Забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за Підприємством на праві оперативного управління майна.

6) у межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників Підприємства.

7) забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації.

8) у строки і в порядку, встановлені законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про Підприємство, внесення яких є обов'язковим до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців та громадських формувань.

9) подає в установленому порядку Засновнику квартальну, річну, фінансову та іншу звітність Підприємства, зокрема щорічно до 01 лютого

надає Засновнику бухгалтерську та статистичну звітність, інформацію про рух основних засобів, за запитом Засновника надає звіт про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду.

10) приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників Підприємства, а також інші, передбачені законодавством про працю рішення в сфері трудових відносин, укладає трудові договори з працівниками Підприємства. Забезпечує раціональний добір кадрів, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку. Створює умови підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників згідно із затвердженим в установленому порядку штатним розписом.

11) забезпечує проведення колективних переговорів, укладення колективного договору в порядку, визначеному законодавством України.

12) призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників і головного бухгалтера Підприємства. Призначає на посади та звільняє керівників структурних підрозділів, інших працівників.

13) забезпечує дотримання на Підприємстві вимог законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці.

14) вживає заходи до своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також передбачених законодавством податків, зборів та інших обов'язкових платежів.

15) несе відповідальність за збитки, завдані Підприємству з вини керівника Підприємства в порядку, визначеному законодавством.

16) затверджує положення про структурні підрозділи Підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема:

– положення про преміювання працівників за підсумками роботи Підприємства;

- порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та дарунки;
- порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів та медичних виробів.

17) за погодженням із Засновником та відповідно до вимог законодавства має право укладати договори оренди майна.

18) надання в оренду нерухомого майна, загальна площа якого не перевищує 200 кв.м., відбувається за рішенням головного лікаря (Директора) без попереднього погодження із власником в порядку, визначеному законодавством та актами органів місцевого самоврядування.

19) вирішує інші питання, віднесені до компетенції головного лікаря (Директора) Підприємства згідно із законодавством, Статутом, контрактом між Засновником і головним лікарем (Директором).

Функції управління покладено на Директора, який відповідно до Посадової інструкції:

1. Керує згідно з чинним законодавством виробничо-господарською та фінансово- економічною діяльністю закладу охорони здоров'я, відповідає за фінансово-господарські результати його діяльності.

2. Організовує розробку та забезпечує реалізацію довгострокової стратегії розвитку закладу на основі потреб громади та ринкової ситуації.

3. Організовує формування та моніторинг виконання операційних планів.

4. Забезпечує виконання усіх зобов'язань перед державним та місцевим бюджетами, державними позабюджетними соціальними фондами, постачальниками, замовниками, а також виконання господарських і трудових договорів.

5. Організовує роботу та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів, спрямовує їх діяльність на розвиток і вдосконалення з урахуванням соціальних та ринкових пріоритетів, підвищення ефективності

роботи закладу охорони здоров'я, якості та конкурентноспроможності послуг, що надають, їх відповідність до стандартів надання медичної допомоги.

6. Співпрацює з органами управління, місцевою владою, суміжними медичними закладами та забезпечує взаємодію підрозділів.

7. Організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації підприємства.

8. Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту.

9. Аналізує показники роботи підприємства, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Працівники Підприємства мають право брати участь в управлінні Підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, Громадську консультативну Раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Підприємства, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування.

Представники первинної профспілкової організації, представляють інтереси працівників в органах управління Підприємства відповідно до законодавства. Підприємство зобов'язаний створювати умови, які б забезпечували участь працівників у його управлінні.

Таким чином, на Головного лікаря покладено оперативне управління усіма відділами та службами. Це може зумовлювати ряд проблем, зокрема часові обмеження керівника у зв'язку з виконанням великої кількості обов'язків.

У табл. 2.8 відображено організаційну структуру в динаміці КП «ДМКЛ ПМР» за 2017-2020 роках.

Таблиця 2.8

Організаційна структура в динаміці КП «ДМКЛ ПМР»  
у 2017-2020 роках

№п.п.	Назва відділів (структурних підрозділів)	2017	2017	2018	2020	Відхилення, +/-
1	Адміністративно-управлінський персонал	1	1	1	1	0
2	Інформаційно-аналітичний кабінет	1	1	1	1	0
3	Бухгалтерська служба	1	1	1	1	0
4.	Господарсько-обслуговуючий персонал	1	1	1	1	0
						0
						0
						0

Примітка. Статут [50].

Не зважаючи на автономізацію закладу, організаційна структура не змінилася, а це означає, що на Директора покладено додаткові обов'язки, зокрема управління усіма ресурсами. Впровадження інституту сімейного лікаря потребує ефективного управління, тому організаційна структура потребує внесення змін.

У табл. 2.9 відображено динаміку штатного розпису КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2020 роках.

Таблиця 2.9

Динаміка штатного розпису КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2020 роках

№п.п.	Працівники	2017	2017	2018	2020	Відхилення, +/-
1.	Директор	-	-	-	1	1
2	Головний лікар	1	1	1	-	-1
3	Заступники головного лікаря	1	1	1	-	-1
4	Медичний директор	-	-	-	1	1
5	Завідувачі амбулаторіями	7	7	7	-	-7
6	Завідувачі ФАП, ФП	39	39	-	-	-39
7	Лікарі	30,5	30,5	30,5	30,5	0
8	Медсестри	26	26,5	26,5	26,5	0,5
9	Фельдшера	8	7,5	48	48	40

10	Акушерки	3,75	3,75	3,75	3,75	0
11	Статистик медичний	1	2	2	2	1
12	Молодші медичні сестри	7	7	7	7	0
13	Інші	18,25	18,25	18,3	18,75	0,5
14	Всього	142,5	143,5	145	138,5	-4

Примітка. Статут [50].

Отже, протягом 2017-2020 років відбулася оптимізація чисельності персоналу. Крім того, введено 1 штатну одиницю статистика медика та 0,5 ставки інших спеціалістів. Джерелом коштів на оплату праці працівників Підприємства є кошти, отримані в результаті його господарської комерційної діяльності.

Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення головного лікаря (Директора) Підприємства визначаються контрактом, укладеним із Уповноваженим органом управління.

Відповідно до Наказу МОЗ від 29.07.2017 р. № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»<sup>25</sup> КП «ДМКЛ ПМР» наділений такими автономними правами:

1) здійснювати планування роботи відповідно до державних замовлень та програм і відповідних рішень органів місцевого самоврядування;

<sup>25</sup> Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи, Наказ МОЗ від 29.07.2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>

2) організувати свою діяльність щодо забезпечення виконання договору про медичне обслуговування населення;

3) здійснювати розподіл фінансових та майнових ресурсів між своїми підрозділами;

4) укладати в межах повноважень договори, угоди з юридичними і фізичними особами, виступати позивачем та відповідачем у суді.

Крім цього, відповідно до КНП КП «ДМКЛ ПМР» забезпечує:

5) здійснення заходів з удосконалення оплати праці працівників та інших заходів заохочення, спрямованих на підвищення мотивації до результативного, відповідального виконання їх посадових обов'язків;

6) цільове використання закріпленого за ним майна та виділених бюджетних коштів;

7) утримання у належному стані рухомого і нерухомого майна;

8) створення нешкідливих та безпечних умов праці, виконання вимог законодавства про охорону праці, соціальне страхування, правил безпечної експлуатації устаткування, технічних регламентів, стандартів та санітарних норм, правил протипожежної безпеки;

Організацію виконання покладених завдань та функцій, дотримання вимог законодавства з питань охорони праці, пожежної безпеки забезпечує головний лікар. Обов'язки та права інших працівників визначаються посадовими інструкціями, затвердженими головним лікарем.

Через те що всі без винятку медичні заклади України сформувались в адміністративно-командній культурі, керівництво стикатиметься з типовими проблемами трансформації цієї культури, основними рисами якої в закладах первинного рівня медичної допомоги є:

1. Абсолютна централізація всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі».

2. Тарифна сітка як принцип визначення мотивації персоналу, за яким стимулюються лояльність до професії та категорія лікаря, що за умов

напівзруйнованої системи підвищення кваліфікації веде до зрівнялівки, повністю відірваної від реальної кваліфікації лікаря.

3. Наслідком перших двох рис є виняткова пасивність і несаможиттєвість персоналу у вирішенні організаційних питань.

4. Наслідком другої риси є цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, у свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я.

5. Відсутність виокремленої управлінської функції: директором організації є головний лікар, який часто є ще й практикуючим лікарем, що в більшості випадків призводить до конфлікту між управлінською та виконавчою функціями; головний лікар часто є радше адміністратором, ніж менеджером або лідером.

6. Визначеність «згори» певних параметрів, які для автономних закладів встановлює керівник закладу (наприклад, принципи та розмір мотивації персоналу, інвестиції тощо).



Рис. 2.2. Цикл управління закладом охорони здоров'я

Примітка. Методологія МОЗ [43].

У процесі планування організація визначає мету свого існування, довгострокові та короткострокові цілі, а також необхідні кроки для реалізації цілей із залученням ресурсів.

В організації виділяють два рівні управління:

- стратегічне управління;
- оперативне управління (наприклад, управління часом прийому пацієнтів, управління ресурсами).

Стратегічне управління забезпечує визначення напряму розвитку організації, а оперативне управління забезпечує сталий рух компанії у цьому напрямі.

Уже на етапі визначення стратегічних пріоритетів та цілей варто проаналізувати організаційну структуру медичного закладу. Важливо розуміти, що організаційна структура є втіленням стратегії організації, тобто повинна відповідати стратегії та змінюватися разом з нею. Наприклад, ми визначили стратегічним пріоритетом клієнтський сервіс, тобто покращення відносин медичного персоналу з пацієнтами. Як раніше згадувалось, тотальне ігнорування «людської» сторони відносин між лікарем та пацієнтом є яскравою особливістю нашої культури. Тож для того щоб у цій царині почалися зміни, нам потрібна людина, яка відповідатиме за них, матиме у своєму розпорядженні важелі впливу та ресурси. Організація може призначити відповідального за сервіс, чийм обов'язком буде вимірювати сервіс, пропонувати системні заходи з його покращення тощо. Можна призначити на цю роль людину, яка має досвід перебування за кордоном та контакту з розвиненою системою медичного сервісу.

Інший приклад налаштування оргструктури на стратегію – зміцнення ролі практики сімейного лікаря – одиниці, яка досі фактично не існувала. Внаслідок впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» практика сімейного лікаря (сімейний лікар, до якого приписуються пацієнти і утворюють лікарський список, разом із середнім та молодшим медичним

персоналом, який працює з ним для обслуговування клієнтів його списку), стає «центром прибутку» у складі закладу охорони здоров'я (тобто генерує надходження коштів), решта підрозділів виконує допоміжні функції, отримуючи гроші від практики. За цих обставин структура, в якій медсестри підпорядковуються старшій медсестрі, стає неадекватною.

Отже, поточне управління покладено на Головного лікаря, який є керівником, наділений повноваженнями здійснювати оперативне управління фінансовими, кадровими, матеріально-технічними ресурсами. Цикл управління передбачає планування, організацію, мотивацію та контроль, а тому потребує організаційних змін, постійного підвищення рівня кваліфікації управлінського персоналу та залучення персоналу у прийняття можливих управлінських рішень.

### **2.3. Оцінка ефективності організації управлінської діяльності керівників закладу охорони здоров'я**

Ефективність КП «ДМКЛ ПМР» можна оцінити на основі показників стану здоров'я населення, продуктивності праці, середньої заробітної плати, якості обслуговування населення, рівень смертності, показників надання медичної допомоги, показників забезпеченості обладнанням. При цьому показники стану здоров'я населення, рівня захворюваності та смертності суттєво залежать від фінансових, трудових, матеріально-технічних показників забезпеченості дитячої лікарні.

У табл. 2.10 відображено динаміку демографічної статистики населення м. Полтави у 2017-2018 роках.

Таблиця 2.10

## Динаміка демографічної статистики населення

## КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показники	Роки			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	2017-2017	2018-2017
Населення всього, з них	29078	28609	28184	-469	-425
- дитячого віком 0 – 17 років життя, у т.ч.	5395	5441	5425	46	-16
- 0 – 1 року	686	667	643	-19	-24
- 0 – 14 років	4616	4662	4658	46	-4
- 15 – 17 років	779	779	767	0	-12
- 0-5 років	2049	1966	1960	-83	-6
- 6-17 років	3349	3473	3465	124	-8
- 18-39 років	6978	6699	6569	-279	-130
- 40-64 років	9948	9712	9607	-236	-105
- Старші 65 років	6754	6759	6583	5	-176
- сільського: абс. число –	25532	21111	20750	-4421	-361
Народжуваність: абс. число –	296	242	227	-54	-15
на 1000	10,2	8,4	8,05	-1,8	-0,35
Загальна смертність: абс. число –	707	631	695	-76	64
на 1000	24,2	22	24,6	-2,2	2,6
Природній приріст на 1000	-14	-13,6	-16,6	0,4	-3
Материнська смертність: абс. Число	-	-	-	-	-
Малюкова смертність: абс. Число –	2	1	1	-1	0
на 1000 народжених живими	6,7	4,1	4,4	-2,6	0,3
Дитяча смертність 0-5 років: абс.число –	3	1	1	-2	0
на 100 тисяч дітей відп. віку	146,4	59,6	51	-86,8	-8,6
Дитяча смертність 0-18 років: абс. –	3	3	2	0	-1
на 100 тисяч дітей	55,6	64,6	36,86	9	-27,74
Загальна інвалідність: абс. число –	2630	2617	2623	-13	6
на 10 тис. нас.	904,4	914,7	930,6	10,3	15,9
Первинна інвалідність: абс. число –	72	63	76	-9	13
на 10 тис. нас.	24,76	22	26,9	-2,76	4,9
Загальна дитяча інвалідність: абс. число –	144	139	133	-5	-6
на 10 т. н.	266,9	255,4	245,2	-11,5	-10,2
Первинна дитяча інвалідність: абс. число –	14	12	5	-2	-7
на 10 т. н.	25,9	22	9,2	-3,9	-12,8

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Отже, чисельність населення міста скоротилася за 2017-2018 роки в усіх вікових категоріях. Скорочується також чисельність сільського населення регіону та його частка у сукупній кількості жителів. Чисельність жінок та жінок фертильного віку скорочується, що в майбутньому негативно позначиться на рівні народжуваності. При цьому народжуваність міста скоротилася за три роки, а смертність зросла у 2018 році.

Таблиця 2.11

Динаміка показників обслуговування КП «ДМКЛ ПМР»  
у 2017-2018 роках

Показники	Роки			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	2017-2017	2018-2017
Обслуговується лікарями: абс. число –	22953	23256	24384	303	1128
% від всього, у т. ч.:	79,60%	81,20%	86,50%	0,016	0,053
- дитячого населення: абс. число –	3235	3290	3537	55	247
% від дитячого	60,50%	60,40%	65,10%	-0,001	0,047
- сільського населення: абс. число –	19645	19895	19800	250	-95
% від сільського	91,20%	94,20%	95,40%	0,03	0,012
- міського населення: абс. число –	3307	3361	3634	54	273
% від міського	43,80%	44,80%	48,90%	0,01	0,041

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Позитивним є зростання рівня обслуговування населення сімейними лікарями (табл. 2.11), що вказує на практику впровадження інституту сімейного лікаря. При цьому, кількість дітей, що обслуговуються, зросла на 302 осіб, а частка – на 5%. Отже, 1/3 дітей на сьогодні не обслуговуються у сімейного лікаря. Практично все сільське населення обслуговується у сімейних лікарів. І лише 48% міського населення також уклали договори з лікарями. Це вказує на потребу в інформуванні населення та проведенні інформаційних кампаній щодо практики сімейних лікарів.

У табл. 2.12 відображено динаміку структури загальної смертності населення. Хвороби ССС та кровообігу становлять серйозну загрозу в регіоні, адже є найбільш поширеною причиною смерті. На другому місці –

онко, на третьому – травми. Хвороби органів травлення та хвороби органів дихання також потребують з'ясування причин. В цілому зазначені п'ять захворювань складають 97% за 2017-2018 роки причин смертності серед населення регіону. Це потребує від управлінського персоналу детального аналізу окремих причин, залучення для детальних досліджень наукових установ з метою скорочення рівня захворюваності на ці хвороби.

Таблиця 2.12

Динаміка структури загальної смертності населення  
КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

	Абсолютне число			%		
	2017	2017	2018	2017	2017	2018
Хвороби ССС та кровообігу	429	388	416	60,90	61,40	59,80
Онко	82	74	90	11,60	11,70	12,94
Симптоми та ознаки відхилення від норми	64	76	-	9,16	12,26	-
Старість	-	-	57	-	-	8,31
Травми	43	31	36	6,10	4,90	5,17
Хвороби органів травлення	34	21	38	4,80	3,30	5,46
Хвороби органів дихання	31	24	28	4,40	3,80	4,02
Розлади психіки	9	3	5	1,20	0,47	0,71
Хвороби сечостатевої системи	4	6	2	0,50	0,95	0,28
Інфекційні хвороби	2	3	8	0,40	0,47	1,15
Хвороби нервової системи	3	1	6	0,40	0,15	0,89
Хвороби кістково-м'язевої системи	2	1		0,40	0,15	
Симптоми ознаки стани			4			0,57
Вроджені аномалії розвитку	1	1	2	0,14	0,15	0,28
Захворювання ендокринної системи		1			0,15	
Перинатальний період		1	1		0,15	0,14
Хвороби шкіри			1			0,14
Гострий отит			1			0,14
Всього	704	631	695	100,00	100	100

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Динаміка структури смертності населення працездатного віку дещо відрізняється. Найбільш поширеними видами хвороб є хвороби системи

кровообігу, травми, онко та хвороби органів травлення. Вони в середньому складають 87% причин смертності серед населення району. Ці захворювання потребують більш ретельного аналізу та управлінських рішень на регіональному рівні, адже слугують джерелом небезпеки області та держави в цілому.

Таблиця 2.13

## Динаміка структури смертності населення працездатного віку

## КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показник	Абсолютне число			%		
	2017	2017	2018	2017	2017	2018
Хвороби системи кровообігу	30	29	27	30,6	32,6	25,9
Травми	29	24	25	28,5	26,9	24
Онко	15	19	20	15,3	21,3	19,2
Хвороби органів травлення	11	8	16	11,2	8,9	15,38
Розлади психіки	3	2	2	3	2,2	1,9
Хвороби органів дихання	2	3	4	2	3,4	3,84
Інфекційні паразитарні			7			6,73
Інфекційні хвороби	2	2		2	2,2	
Хвороби нервової системи	2		2	2		1,9
Хвороби кістково-м'язевої системи	2	1		2	1,1	
Вроджені аномалії			1			0,96
Хвороби сечостатевої системи		1			1,1	

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

За три роки діяльності зросли показники кадрового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

## Динаміка показників кадрового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» у

## 2017-2018 роках

Показник	2017	2017	2018
Штатних посад лікарів: абс. число –	30,5	30,5	30,5
на 10 тис. нас.	10,4	10,6	10,8
Зайнятих посад лікарів: абс. число –	26,5	25,5	23
% до штатних	87%	83%	75,40%
Фізичних осіб лікарів: абс. число –	24 – 78%	23 – 75%	23 – 75,4%

% до штатних			
З них (абс. число – % від всіх лікарів):			
- сімейних лікарів	13- 54%	15- 65%	16 – 69,5%
- дільничних педіатрів	2- 8%	2 – 8%	2 – 8,6%
- дільничних терапевтів	3- 12,5%	2 – 8%	1 – 4,3%
- керівників (ОУОЗ)	2- 8%	2 – 8%	2 – 8,6%
- лікар – статистик (ОУОЗ)			1 – 4,3%
Наявність лікарів інших спеціальностей (конкретно):	-	-	-
штатних – зайнятих – фізичних			
Кількість лікарів інтернів	4	2	1
Вакантні посади	6,5	5,5	7,5
Рух лікарських кадрів за рік:			
Прибуло	4	4	1
Вибуло	1	2	1
у т.ч. за кордон	0	0	0
Атестовано лікарів: абс. число –			
% до всіх	4 – 16,7%	10- 43,5%	3 -13%
Лікарів пенсійного віку: абс. число –			
% до всіх	12 – 50%	11 – 48%	12 – 54,5%
Штатних посад смп: абс. число –			80,25
на 10 тис. нас.	80,25 - 27	80,25 - 28	28,4
Зайнятих посад смп: абс. число –			70,5
% до штатних	75,75 - 94	76,75 - 95	87,80%
Фізичних осіб смп: абс. число –			72
% до штатних	77 - 96	77 - 96	89,70%
Атестовано смп: % до всіх	11 – 14,3%	5 – 6,5%	30 – 42%
Смп пенсійного віку: абс. число –			15
% до всіх осіб	14 – 18%	16 – 21%	20,80%
Кількість працюючих на неповну посаду – всього,	5	5	4
з них лікарів	0	0	0
середніх медичних працівників	5	5	4
інших працівників	0	0	0

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Число зайнятих посад лікарів скоротилося до 23. При цьому зросла кількість сімейних лікарів з 13 до 16, скоротилася кількість дільничних терапевтів. Було введено посаду статиста. Збільшила кількість вакантних посад, зменшилося число інтернів, отже, кадрова політика управління потребує вдосконалення для залучення кваліфікованих спеціалістів або ж

потребує фінансування навчання сімейних лікарів. Можна також виокремити проблему низького рівня атестації: у 2017 році – 4 лікарі або 17% від усього складу, у 2017 – 10 (43,5%), у 2018 році – 3(13%). Значною є кількість лікарів пенсійного віку, а отже, це потребує від кадрової політики вирішення майбутніх проблем з залученням фахівців.

Таблиця 2.15

Динаміка показників фінансового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» у  
2017-2018 роках

Показники	Період			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	17-16	18-17
Видатки на ЦПМСД: абс. число	7180976,6	10237955,9	15224724,9	3056979	4986769
на 1 мешканця	246,96	357,86	540,19	110,9	182,33
% від бюджету на галузь району	29,56	30,16	28,7	0,6	-1,46
Структура кошторису (%):					
- зарплата з нарахуваннями	73,8	74,54	51,8	0,74	-22,74
- комунальні послуги (енергоносії)	4,67	3,99	2,81	-0,68	-1,18
- медикаменти	6,57	4,32	3,02	-2,25	-1,3
Заборгованість (тис. грн.)	-	-	-		
Видатки на пільгове забезпечення в тис. грн.	365,6	462,3	501,9	96,7	39,6
<i>разом з ЦРЛ</i>	(3,4-ЦРЛ)	(0-ЦРЛ)	(0-ЦРЛ)	-	-
Проживає осіб пільгової категорії	8105	8041	7985	-64	-56
Забезпечено осіб пільгової категорії ( <i>разом з ЦРЛ</i> )					
абс. число –	908	1116	1085	208	-31
% до всіх в районі	11,2	13,8	13,58	2,6	-0,22
Отримано в розрахунку на 1 особу пільгової категорії ( <i>разом з ЦРЛ</i> ) – проживаючу	45,5	57,5	62,8	12	5,3
- забезпечену	406,3	414,2	462,5	7,9	48,3
Позабюджетні кошти: абс. число –	265375,89	279709,12	190185,54	14333,2	-89524
на 1 жителя	9,13	9,78	6,75	0,65	-3,03
% до бюджету	3,7	2,7	1,9	-1	-0,8
Видатки на медикаменти (невідкладна допомога):					
- в тис. грн.	263,6	463,1	459,1	199,5	-4
- на 1 мешканця на ФАПі та	9,06	11,54	15,87	2,48	4,33

МПТБ					
- на 1 мешканця на амбулаторії	10,24	12,49	16,8	2,25	4,31
Середня заробітна плата лікаря	4184,5	5517,9	9138,94	1333,4	3621,04
Середня заробітна плата смп	2693,9	3997,2	5255,38	1303,3	1258,18
Використано коштів на матеріальні стимули (тис. грн.)	82,1	183	1796,9	100,9	1613,9

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

У табл. 2.15 відображено динаміку показників фінансового забезпечення КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках. Обсяг видатків зріс суттєво, зокрема на 1 мешканця до 540 грн. У структурі кошторису найбільшу частку займають витрати на заробітну плату. Видатки на пільгове забезпечення зросли майже на 100 тис. грн. за три роки. При цьому кількість пільгових осіб скоротилася. В цілому низьким є відсоток фінансового забезпечення осіб пільгової категорії. Позабюджетні кошти зросли у 2017 році, проте у 2018 році динаміка була негативна. У цілому частка позабюджетних коштів мізерна, займає всього 1,9% у 2018 році. При цьому зростає обсяг видатків на медикаменти на 1 мешканця, хоча залишається низьким.

В цілому можна зробити висновок про низький рівень фінансового забезпечення населення регіону, адже рівень витрат на 1 особу становить 540 грн. на рік, за рахунок пільгових коштів – лише 6,75 грн. на 1 особу, видатки на медикаменти – лише 16 грн. на 1 особу.

Варто відмітити позитивні тенденції зростання заробітної плати лікарів – на 1333 грн. у 2017 році та на 3621 грн. у 2018 році. Зростає також обсяг коштів на матеріальне стимулювання праці лікарів, що позитивно позначатиметься на якості медичних послуг. Проте це не вказує на підвищення рівня кваліфікації, адже кількість відвідуваності мешканцями лікарів скоротилася у 2017-2018 роках майже на 10000 осіб.

У табл. 2.16 відображено показники матеріально-технічного забезпечення у 2017-2018 роках. У додатку А міститься деталізована інформація щодо матеріально-технічного забезпечення КП «ДМКЛ ПМР».

Таблиця 2.16

Динаміка показників матеріально-технічного забезпечення  
КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показник	Роки			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	2017-2017	2018-2017
Придбання обладнання – тис. грн.:	15	202,04	1157,066	187,04	955,026
Ремонти амбулаторій, ФАП – конкретно і у тис. грн.	172,1	69,8	2057,7	-102,3	1987,9
Будівництва амбулаторій, ФАП – конкретно і у грн.	0	0	6500	0	6500
Заходи з протипожежної безпеки – тис. грн.	28,575	29,202	37,84	0,627	8,638
Забезпеченість амбулаторій автотранспортом абс. число в амбулаторіях	5	5	5	0	0
- % до всіх	71	71	71	0	0

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Варто відмітити позитивну динаміку забезпеченості доступом до мережі Інтернет, спеціалізованим обладнанням для лікарів (гінекологічними кріслами, отоскопами, офтальмоскопами, тонометрами Маклакова, швидкими тестами на поширені та небезпечні захворювання).

Таблиця 2.17

Динаміка показників підписання декларацій з лікарями  
КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показник	2017	2017	2018
Всього (абс. число та % від населення)	-	-	19895 – 71%
На 1 лікаря загальної практики/сімейного лікаря:			
-макс. к-ть	-	-	1800
-мін. к-ть			391
На 1 лікаря терапевта:			
-макс. к-ть	-	-	1710
-мін. к-ть			1710
На 1 лікаря педіатра:			
-макс. к-ть	-	-	900
-мін. к-ть			900

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

У табл. 2.17 відображено динаміку показників підписання декларацій з лікарями КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках. 30% населення не підписало декларацій, чого можна очікувати у найближчі роки. В цілому рівень реформування закладу на високому рівні.

У табл. 2.18 відображено динаміку показників надання медичної допомоги у 2017-2018 роках. Через скорочення рівня населення скорочується середня кількість населення (абс. число) на 1 лікаря. Також скорочується кількість відвідувань населенням лікарів на 6233 особи у 2017 році та на 2941 особи у 2018 році. Це може бути наслідком не достатньо свідомого ставлення населення до власного здоров'я та потребує від органів місцевого самоврядування прийняття інформативних заходів щодо популяризації культури відвідування сімейних лікарів в цілях попередження захворювань. Скоротилася також кількість пролікованих осіб, хоча у 2018 році кількість пролікованих вдома зросла.

Таблиця 2.18

Динаміка показників надання медичної допомоги  
КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показники надання медичної допомоги	Роки			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	2017-2017	2018-2017
Середня кількість населення (абс. число) на 1 лікаря	1710	1505	1761	-205	256
Мінімальна	695	669	650	-26	-19
Максимальна	2105	1864	2084	-241	220
Відвідувань всього – абс. число	114146	107913	104972	-6233	-2941
- на 1 зайняту посаду лікаря	5073,2	5139	5248,6	65,8	109,6
Ліжок денного стаціонару: абс. число –	45	45	45	0	0
на 10 тис. нас.	15,2	15,4	15,9	0,2	0,5
Проліковано у денному стаціонарі:	2009	1862	1849	-147	-13
абс. число –	690,9	650,1	656	-40,8	5,9
на 10 тис. нас.					
Проліковано у стаціонарах вдома: абс. число –	1690	1643	1716	-47	73
на 10 тис. нас.	581,2	574,3	608,8	-6,9	34,5
У т.ч. паліативна допомога: абс. число –	59	63	73	4	10
на 10 тис. нас.	20,2	22	25,9	1,8	3,9
Хворих на ГХ всього: абс. числа –	5892- 249	5769- 249	5523 (8499)		
на 1000	(8896- 376)	(8855- 374)	242 (373)		

Хворих на ГХ вперше: абс. числа –	414	340	290	-74	-50
на 1000	17,3	14,7	12,7	-2,6	-2
Хворих на гострий інфаркт міокарду: абс. –	43	21	30	-22	9
на 1000	1,8	0,9	1,3	-0,9	0,4
Хворих на інсульти: абс. число –	73	60	62	-13	2
на 1000	3,1	2,5	2,7	-0,6	0,2
Направлено на мамографію: абс.число-	19	21	22	2	1
На 1000				0	0
Направлено на амбулаторний рівень ВМД (ЦРЛ,МЛ): абс.число-	1587	1501	1448	-86	-53
На 1000-	55,50%	52,50%	51,30%	-0,03	-0,012
Госпіталізація на ВМД (ЦРЛ,МЛ):				0	0
абс.число-	5484	4761	4887	-723	126
На 1000-	188,6	166,4	173,4	-22,2	7
Надання паліативної допомоги:					
- потреба в паліативній допомозі (абс. число потребуючих)	160	104	131	-56	27
- отримали (абс.число та %)	160	104	131	-56	27
%	100%	100%	100%	0	0
Надано повідомлень про побічну дію лікарських засобів всього	28	27	24	-1	-3

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Додаток Б відображає динаміку показників профілактичної роботи КП «ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках. Відтак, зросла кількість бактеріоскопічних досліджень. Негативним є низький рівень інформативності – лише 1,11 % у 2018 році. Зросла кількість туберкулінодіагностики та обсяг закупленого препарату у 2018 році. Високим рівень є занедбаності хвороби по локаціям (14 %). Позитивним є зростання кількості обстежених на цукровий діабет (на 3000 осіб за 3 роки), зокрема завдяки зростанню фінансування обладнання для діагностики. Профогляди дітей складають майже 100%.

У табл. 2.19 відображено динаміку показників виконання урядової програми «Доступні ліки».

Таблиця 2.19

Динаміка показників виконання урядової програми «Доступні ліки» КП  
«ДМКЛ ПМР» у 2017-2018 роках

Показники	Роки			Відхилення, +/-	
	2017	2017	2018	2017-2017	2018-2017
Надана сума медичної субвенції – тис. грн.	-	595,8	755,1	-	159,30
Освоєно коштів – тис. грн. –	-	595,8	755,1	-	159,30
%, у т.ч. для хворих		100%	100%	-	0,00
- на ГХ – тис. грн. –	-	451	601,71	-	150,71
%, від всіх освоєних		77,30%	79,70%	-	0,02
- на бронхіальну астму – тис. грн.	-	78,5	74,362	-	-4,14
%, від всіх освоєних		13,20%	9,80%	-	-0,03
- на цукровий діабет – тис. грн. –	-	56,3	79,026	-	22,73
%, від всіх освоєних		9,50%	10,52%	-	0,01

Примітка. Розраховано на основі внутрішньої звітності.

Відбувається зростання фінансування ліків для населення регіону, що позитивно впливатиме на рівень скорочення захворюваності, смертності та якості життя в районі. Позитивним є стовідсоткове освоєння коштів для хворих. Проте частка освоєних коштів на бронхіальну астму, цукровий діабет низька (в межах 10 %), а це вказує на фінансові проблеми в управлінні та потребує перегляду урядової програми в контексті можливості фінансування хворих відповідно до причин смертності та загроз певних видів захворювань регіону. Іншим варіантом вирішення проблеми є можливість фінансування за рахунок не освоєних коштів обладнання для діагностики та розвитку лабораторної медицини для попередження, своєчасного виявлення захворювань.

Отже, аналіз фінансового, кадрового, матеріально-технічного забезпечення та показників роботи КП «ДМКЛ ПМР» дав змогу виявити такі основні проблеми:

1. Недостатня кількість автотранспорту.

2. Кадрова проблема: відсутні лікарі в трьох відділеннях (2 – в декретних відпустках, 1 – основний працівник).

3. Більшість працівників пенсійного віку.

4. Персонал не проходить атестацію, тренінги, навчання кожного року, атестація є фрагментарною та охоплює лише певну кількість лікарів. При цьому кількість відвідувань скорочується, а це означає, що населення не задоволене якістю медичних послуг, або ж про недостатній рівень кваліфікації. Відповідно від рівня відвідуваності залежить якість медичної послуги, адже сімейний лікар, який приймає все меншу кількість хворих буде менш кваліфікованим.

5. Низький рівень фінансового забезпечення населення. На 1 мешканця припадає лише 540 грн. в рік фінансування. Позабюджетні кошти також мізерні. Обсяг видатків на медикаменти на 1 мешканця також є низьким.

6. Окрема проблема національного рівня – фінансування ліків, медикаментів в межах програми доступні ліки. Частка освоєних коштів на бронхіальну астму, цукровий діабет низька (в межах 10%), а це вказує на фінансові проблеми в управлінні та потребує перегляду урядової програми в контексті можливості фінансування хворих відповідно до причин смертності та загроз певних видів захворювань регіону.

7. Відсутність фінансування приватним сектором, наприклад в межах державно-приватного партнерства, придбання обладнання за рахунок коштів власників бізнесу.

8. Низький рівень забезпеченості АРМ та доступом до мережі Інтернет по амбулаторіях.

Зазначені проблеми потребують вирішення на основі стратегічного та тактичного планування, формування стратегії розвитку, розробки основних заходів вдосконалення роботи та медичних послуг закладу.

В ході дослідження діяльності та управлінських процесів у КП «ДМКЛ ПМР» виявлено ряд позитивних змін, зокрема реорганізацію закладу та наділення управлінськими функціями головного лікаря (директора) закладу, зростання рівня фінансування та автономності закладу.

Аналіз фінансового, кадрового, матеріально-технічного забезпечення та показників роботи КП «ДМКЛ ПМР» дав змогу виявити такі основні проблеми: недостатня кількість автотранспорту; кадрова проблема (відсутні лікарі в трьох відділах (2 – в декретних відпустках, 1 – основний працівник); більшість працівників пенсійного віку; персонал не проходить атестацію, тренінги, навчання кожного року, атестація є фрагментарною та охоплює лише певну кількість лікарів. При цьому кількість відвідувань скорочується, а це означає, що населення не задоволене якістю медичних послуг, або ж про недостатній рівень кваліфікації. Відповідно від рівня відвідуваності залежить якість медичної послуги, адже сімейний лікар, який приймає все меншу кількість хворих буде менш кваліфікованим. Низький рівень фінансового забезпечення населення. На 1 мешканця припадає лише 540 грн. в рік фінансування. Позабюджетні кошти також мізерні. Обсяг видатків на медикаменти на 1 мешканця також є низьким. Окрема проблема національного рівня – фінансування ліків, медикаментів в межах програми доступні ліки. Частка освоєних коштів на бронхіальну астму, цукровий діабет низька (в межах 10%), а це вказує на фінансові проблеми в управлінні та потребує перегляду урядової програми в контексті можливості фінансування хворих відповідно до причин смертності та загроз певних видів захворювань регіону. Існує також відсутність фінансування приватним сектором, наприклад в межах державно-приватного партнерства, придбання обладнання за рахунок коштів власників бізнесу. Низьким є рівень забезпеченості АРМ та доступом до мережі Інтернет по амбулаторіях. Зазначені проблеми потребують вирішення на основі стратегічного та тактичного планування, формування стратегії розвитку, розробки основних заходів вдосконалення роботи та медичних послуг закладу.

## **РОЗДІЛ 3**

### **НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **3.1. Шляхи покращення стратегічної управлінської діяльності**

Нова система фінансування не відповідає особливостям корпоративної культури медичного закладу, зокрема, вимагає від головного лікаря навичок оперативного і стратегічного менеджменту, здатності очолити радикальні перетворення, допомогти персоналу адаптуватись до нових вимог. Від персоналу вимагається зосередженість на клієнті, вибір якого визначатиме обсяг фінансування практики сімейного лікаря.

У процесі планування організація визначає мету свого існування, довгострокові та короткострокові цілі, а також необхідні кроки для реалізації цілей із залученням ресурсів.

В межах стратегічного управління доцільно визначити місію діяльності КП «ДМКЛ ПМР» - забезпечення високого рівня якості медичних послуг та обслуговування шляхом розвитку інституту сімейного лікаря, матеріально-технічного забезпечення, залучення приватного фінансування та підвищення кваліфікації лікарів.

Для визначення заходів реалізації місії доцільно визначити особливості функціонування КП «ДМКЛ ПМР» шляхом проведення SWOT-аналізу.

Таблиця 3.1

## SWOT-аналіз середовища КП «ДМКЛ ПМР»

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>Мотивована управлінська команда</p> <p>Ріст оплати праці лікарів</p> <p>Відремонтовані приміщення</p> <p>Закупівля обладнання</p>	<p>Недостатній рівень забезпеченості працівниками</p> <p>Недостатній рівень фінансування, зокрема на 1 мешканця</p> <p>Велика частка пенсіонерів у колективі</p> <p>Фінансування медикаментів для лікування найменш поширених хвороб</p> <p>Відсутність необхідної експертизи</p> <p>Недостатня кількість автотранспорту</p>
Можливості	Загрози
<p>Будівництво, ремонт корпусів</p> <p>Придбання обладнання відповідно основним захворюванням</p> <p>Можливість отримання гранту</p> <p>Формування довіри з клієнтами завдяки принципу «гроші ходять за пацієнтом»</p>	<p>Скорочення населення</p> <p>Зростання смертності</p> <p>Залежність від фінансування коштами місцевого бюджету</p> <p>Активне старіння населення</p> <p>Низький рівень культури здоров'я населення</p>

Примітка. Складено автором.

Слабкі сторони можна подолати шляхом таких стратегічних дій:

1. Недостатній рівень забезпеченості працівниками шляхом залучення працівників на 0,5 ставки та підвищення оплати праці та матеріального стимулювання, зокрема тих, показники якості роботи яких вищі, наприклад, вищий рівень відвідуваності, рецидивів.

2. Недостатня кількість автотранспорту шляхом придбання 2 одиниць транспорту в найближчі три роки. Зокрема це можливо шляхом залучення коштів міжнародних програм фінансування. Доцільно також залучити працівника, який буде відповідати за управління коштами донорів та управління грантовими програмами.

3. Недостатній рівень фінансування, зокрема на 1 мешканця. Залучення гуманітарної допомоги, особливо для хворих працездатного віку.

4. Велика частка пенсіонерів у колективі потребує залучення спеціалістів, які матимуть змогу відвідувати КП «ДМКЛ ПМР» принаймні 1 раз на тиждень для передачі досвіду роботи, проведення навчання, передачі нових знань лікування найбільш небезпечних та поширених хвороб.

5. Фінансування медикаментів для лікування найменш поширених хвороб відбувається неефективно, зокрема кошти освоєні на 10-12 %. Потребує подачі інформації на вищий рівень управління з можливістю фінансування та освоєння коштів на інші небезпечні хвороби.

6. Відсутність необхідної експертизи доцільно вирішити шляхом залучення фахівця, можливо, на основі укладення договору для виконання певного обсягу робіт на віддаленій основі.

Організаційна структура є втіленням стратегії організації, тобто повинна відповідати стратегії та змінюватися разом з нею. Оскільки стратегічна ціль – забезпечення якості медичних послуг та обслуговування, то доцільно призначити відповідальну особу за розвиток відносин «пацієнт-лікар», чиїм обов'язком будуть пропозиції по вдосконаленню системних помилок в обслуговуванні, вимірювання показників якості, пропонувати системні заходи з вдосконалення.

Оскільки інститут сімейного лікаря повинен розвиватися, то доцільно змінити структуру підпорядкування, внівши організаційні зміни в діяльність закладу (рис. 3.1).

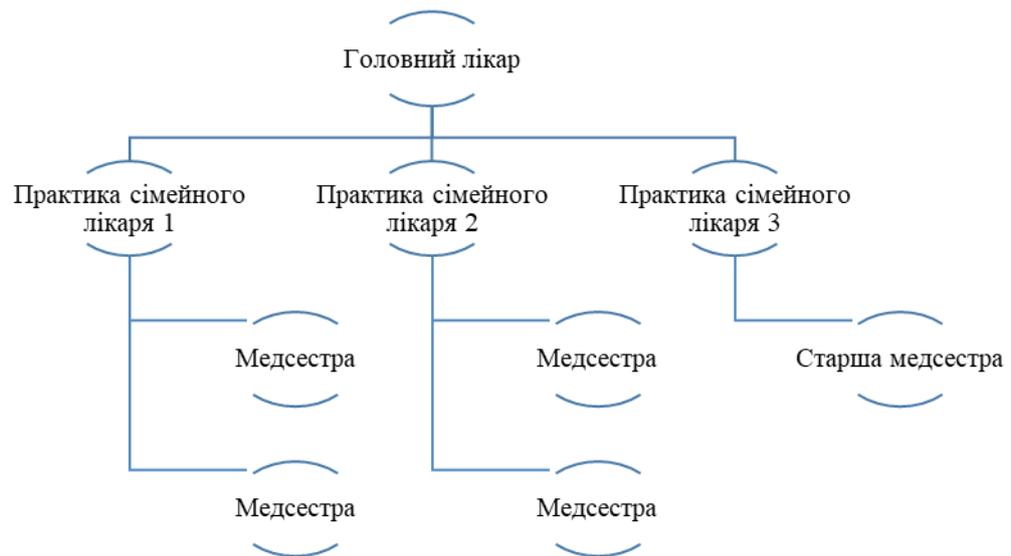


Рис. 3.1. Зміни організаційної структури відповідно до стратегії КП «ДМКЛ ПМР»

Примітка. Складено автором.

Склад управлінської надбудови визначається обсягами практик сімейного лікаря у складі підприємства і стратегією підприємства. Для автономних практик сімейного лікаря управлінська надбудова не потрібна, замість неї частину управлінських функцій беруть на себе сімейні лікарі (наприклад, керуючий партнер у груповій практиці), частину можна покласти на Головного лікаря (Директора). Таким чином, в КП «ДМКЛ ПМР» буде впроваджено демократичний стиль управління, де сімейні лікарі активно беруть участь у системному покращенні якості медичних послуг.

Отже, можлива оптимізація персоналу шляхом скорочення найменш ефективних за рівнем відвідуваності та якості надання медичних послуг, кількості звернень пацієнтів та кількості скарг хворих. Відповідно, можливо збільшити оплату праці більш ефективних працівників та скоротити працівників пенсійного віку.

Факторами обмеження доступності персоналу є вихід на пенсію, навчання та стажування, обмежена кількість інтернів, перспектива звільнення через невідповідність вимогам закладу. Ці фактори можна нівелювати шляхом: індивідуальних співбесід з працівниками для визначення рівня

мотивації їх праці, проведення оцінки ефективності їх роботи та якості обслуговування; атестацію та оцінку персоналу, формування планів професійного розвитку.

У центрі первинної медико-санітарної допомоги, до складу якого входять кілька амбулаторій сімейного лікаря, можуть бути, зокрема, такі підрозділи або окремі фахівці:

- фінансист;
- бухгалтер;
- фахівець по роботі з персоналом;
- IT-фахівець;
- завгосп (або господарський відділ);
- рецепція (реєстратура).

В межах стратегії розвитку управлінської діяльності основними напрямками подальшої діяльності КП «ДМКЛ ПМР» є:

1. Активна робота серед жителів міста по висвітленню інформації щодо медичної реформи.
2. Співпраця з головами приватними підприємцями по залученню додаткових коштів для закупівлі медичного обладнання. Збільшення видатків на невідкладну допомогу для сільського населення, поточні ремонти, протипожежні заходи.
3. Закінчення капітальних ремонтів.
5. Співпраця зі всіма ланками влади, щодо співфінансування оплати праці медичних працівників.
6. Оптимізація малопотужних пунктів.

Отже, для удосконалення стратегічної управлінської діяльності КП «ДМКЛ ПМР» потрібно: оптимізувати чисельність персоналу; внести зміни в організаційну структуру відповідно новій системі фінансування та управління; залучити нових фахівців, що будуть забезпечувати керівника інформацією, необхідною для прийняття управлінських рішень; здійснювати

планування, організацію та контроль за діяльністю закладу в межах функцій фінансового управління.

### **3.2. Можливості впровадження клієнто-орієнтованого підходу управління закладом охорони здоров'я**

Відповідно обраній стратегії розвитку КП «ДМКЛ ПМР» клієнто-орієнтований підхід до управління повинен включати заходи організаційного, фінансового, матеріально-технічного характеру для покращення якості медичних послуг та сервісу.

Численні дослідження свідчать, що сервіс покращує медичні результати діяльності закладу та впливає на здоров'я пацієнтів. Культура сервісу покращує відносини з клієнтами, що, в свою чергу, впливає на<sup>26</sup>:

- утримання клієнтів (клієнти залишаються з вами довше);
- рекомендації клієнтів (клієнти приводять до вас інших клієнтів);
- клієнти поводяться з вашим персоналом навзаєм чемно, що значно покращує робоче середовище (адже ви працюєте з людьми більшість свого часу);
- клієнти пробачають вам помилки і вказують на недоліки;
- знижується ймовірність скарг на ваш заклад до контролюючих органів.

Сервіс формує унікальну культуру, яка приваблюватиме у КП «ДМКЛ ПМР» не тільки клієнтів, а й працівників, оскільки мало де в комунальних установах і закладах існує культура клієнтського сервісу.

В ході дослідження визначено, що основними клієнтами КП «ДМКЛ ПМР» є діти віком 0-14 років (17 % населення у 2018 році), населення віком 18-39 років становить 23 %, віком 40-64 років – 34 % та віком старше 65

---

<sup>26</sup> Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с. URL [https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf)

років – 23 %. Це вказує на те, що у різних клієнтів закладу різні потреби. Тому клієнто орієнтований підхід повинен насамперед задовольняти потреби різного населення, які є спільними: фізичні, інформаційні, емоційні та духовні. Очевидно, що для різних груп зазначені групи потреб є спільними, проте мають різну вагу.

Фізичні потреби – це комфорт перебування у лікарні та у сімейного лікаря зокрема.

Інформаційні потреби передбачають надання необхідної та зрозумілої інформації клієнтам, особливо працездатному населенню, у тривожних станах при обстеженнях за умов незнайомих симптомів клієнтів.

Емоційні потреби – це врахування пригнічених, тривожних станів клієнтів при відвідуванні сімейного лікаря, який повинен викликати довіру у клієнта.

Духовні потреби повинні передбачати цілісність надання медичної послуги, особливо в умовах невиліковних хвороб, де пацієнт повинен психологічно сприймати нові умови життя.

Для розбудови системи клієнтського сервісу критично важливим є також поняття «клієнтський досвід». Воно означає, що враження від послуги формуються у клієнта на кожному етапі взаємодії з вашим закладом. Наприклад, незручний, пошарпаний вхід вже налаштує клієнта певним чином і вплине на його подальшу взаємодію з персоналом закладу. Санітарка, що прибирає підлогу в закладі, має такий самий вплив на задоволеність клієнта, як і поведінка сімейного лікаря. Тому будьте уважні до всіх етапів взаємодії клієнта з закладом, усюди створюйте однакові умови для надання клієнтові високого сервісу.

Система управління клієнтським сервісом у КП «ДМКЛ ПМР» повинна включати такі елементи:

- надання унікального досвіду клієнтам з врахуванням фізичних, інформаційних, емоційних, духовних потреб.

- формування Стандартів сервісу для лікарів, медичного персоналу;
- залучення персоналу у формування сервісу шляхом проведення інформативних заходів, залучення працівників до розбудови сервісу;
- формування системи оцінки сервісу, яка включатиме такі індикатори: формування чек-листа дотримання стандарту лікарем та спостереження з чек-листом, кількість запізнь на роботу, оцінка рівня задоволеності на основі анкетування пацієнтів та клієнтів, кількість та частка позитивних відгуків про персонал.
- механізм надання скарг клієнтами, пацієнтами, інформування про можливість надання скарг. Можна розмістити скриньки з оцінками-опитувальниками з 2-3 питань на ресепшені. Доцільно в межах механізму обговорювати на нарадах скарги та відповідальність за неякісні послуги.
- навчання персоналу стандартам обслуговування.

В межах клієнто орієнтованого підходу важливо забезпечити інформування клієнтів шляхом комунікації. Комунікація з пацієнтами є складовою зв'язків з громадськістю – Public Relations (PR). КНП «Ярмолинецький районний центр ПМСД» потрібен надійний двосторонній зв'язок з населенням, налагоджені канали спілкування, сприяння в досягненні місії закладу в нових умовах і на користь позитивного ставлення до закладу.

Зовнішня комунікація – система заходів з надання інформації, що має на меті вплив на розуміння, уявлення, очікування та поведінку цільових груп відповідно до завдань організації.

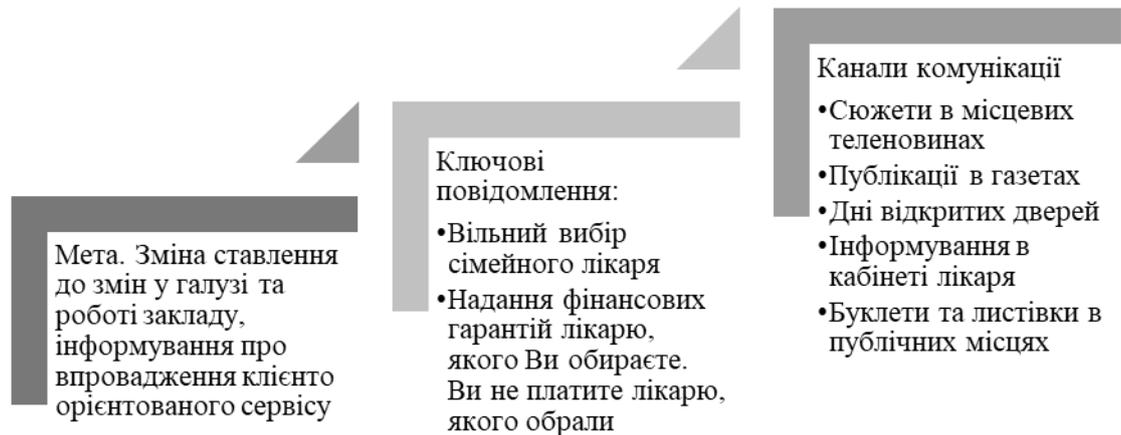


Рис. 3.2. Організація системи комунікації КП «ДМКЛ ПМР»

Примітка. Складено автором.

Кінцевий результат комунікації щодо реформи вторинної медицини полягає в тому, що пацієнти:

- розуміють, у чому полягають ключові зміни в організації надання медичних послуг зараз і в майбутньому, бачать переваги нової системи охорони здоров'я;
- усвідомлюють нові можливості для себе в новій системі та її позитивний вплив на їхнє життя;
- довіряють системі / лікарю, розуміють, як системно та прозоро отримати інформацію про свої права, і мають можливість надання зворотного зв'язку;
- користуються системою первинної медицини на нових засадах: насамперед обирають лікаря та підписують декларації, а також відповідальніше ставляться до власного здоров'я, дотримуються призначеного лікування, приділяють увагу профілактиці за підтримки свого сімейного лікаря.

Повідомлення в процесі комунікації – це значуща ідея, що має закріпитися у свідомості представників цільової аудиторії КП «ДМКЛ ПМР». Це невелике за розміром твердження, засноване на достовірній інформації,

яке організація готує та розповсюджує з метою надати переконливі аргументи представникам цільових аудиторій для спонукання їх до виконання певних дій.

Соціальні мережі можуть стати одним з ключових каналів комунікації як теперішніх змін, так і взаємодії в майбутньому. У КП «ДМКЛ ПМР» потрібно призначити особу, відповідальну за спілкування в соціальній мережі Facebook, з числа лікарів/медсестр, які є активними користувачами цієї мережі.

У соціальній мережі доцільно розповсюджувати такі інформацію:

- про закупівлю медичного обладнання, фото про закупівлю, відео придбання, встановлення обладнання, розповіді лікарів про призначення обладнання – 1 раз в квартал;
- проведення навчання лікарів, атестацію лікарів шляхом живих трансляцій в соціальній мережі проведених навчань – 1 раз в півроку;
- розміщення фотографій клієнтів та пацієнтів, які розповідають про медичні послуги обраного ними сімейного лікаря, популяризуючи тим самим потребу своєчасного звернення в медичний заклад, культуру здоров'я та діалогу з медичним персоналом;
- інформація про лікарів, їх спеціалізацію, вибір та оформлення у лікаря, послуги, які входять до гарантованого пакету;
- розклад роботи лікарів та іншу.

Іншим заходом інформування є ярмарок здоров'я або дні відкритих дверей – приклад комунікаційної події, яка охоплює різні групи населення через різнобічне інформування та залучення до діалогу. Формат ярмарку опробовано експертами підтримки медичної реформи в Харківській області: 7 квітня 2017 року для мешканців Чугуївського району та 16 вересня 2017 року для мешканців Валок у рамках проектів «Трансформація первинної медицини в Харківській області».

Під час ярмарку можуть бути проведені такі події/заходи:

- виступи запрошених представників адміністрації району та області, лікарів під час церемонії відкриття ярмарку;
- стендові презентації учасників заходу – сімейних лікарів, в ході яких лікарі спілкувалися з відвідувачами ярмарку, відповідали на запитання, формували списки майбутніх пацієнтів (на момент проведення ярмарку ще не було офіційно затверджено декларацію та порядок її підписання, проте лікарі могли вже просто на ярмарку формувати реєстри пацієнтів, вчити користуватися формами онлайн-реєстрації та запису на прийом);
- стендові презентації учасників заходу – представників соціальних служб міста і району;
- семінари для населення з різних питань здоров'я та лікування (педіатрія, здоровий спосіб життя);
- дискусійні майданчики щодо перебігу медичної реформи, здоров'я громади з експертами з підтримки медичної реформи;
- опитування населення щодо змін, яких воно прагне в медичному обслуговуванні та виборі сімейного лікаря;
- підсумкова конференція за участю сімейних лікарів та представників громади з обговоренням підсумків ярмарку та відносин між первинним та вторинним рівнями медичної допомоги.

Фінансування ярмарку можливе з різних джерел, таких як місцеві бюджети громад, співплата учасників (комерційні заклади), залучення допомоги місцевого бізнесу (не тільки у вигляді грошей, але й товарів та послуг), грантова підтримка. Кілька джерел фінансування підвищать якість події.

Отже, для удосконалення управління закладом доцільно впровадити клієнто орієнтований підхід, що матиме на меті підвищення якості медичних послуг. Новий підхід до забезпечення якості повинен передбачати покращення культури сервісу, здійснення зовнішніх комунікацій з клієнтами, розвиток соціальних мереж, як каналу комунікації, інформування шляхом

проведення ярмарків та відкритих днів, проведення опитування шляхом анкетування відвідувачів медичного закладу для виявлення поточної якості медичних послуг.

### **3.3. Шляхи оптимізації організації роботи керівних фахівців закладу охорони здоров'я**

У вітчизняній охороні здоров'я спостерігається дефіцит фахових керівників, які здатні стати рушійною силою розвитку усієї галузі в цілому та свого закладу зокрема. Більшість дослідників поділяють думку, що кваліфікаційний рівень керівників охорони здоров'я відіграє велику роль у процесі реформування галузі і слугує запорукою його успішності та ефективності, оскільки сучасна ОЗ неможлива без організаційного начала, носієм якого є керівна ключова ланка системи ОЗ [27].

В умовах реформування ОЗ України значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки галузі, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [28].

Відповідно керівник медичного закладу – це менеджер технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво тими чи іншими медичними технологічними процесами, координує дії окремих її ланок і об'єднує зусилля колективу для досягнення мети й отримання високого результату.

Спільною рисою країн із різними моделями підготовки керівників медичних закладів є перенесення акцентів з формальних вимог до

<sup>27</sup> Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підгрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва [та ін.] // Медична освіта. 2011. № 3. С. 99–101.

Смірнова В. Л. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні / В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2013. № 3. С. 26–28.

Шкробанець І. Д. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я / І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 72–75.

<sup>28</sup> Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка, О. В. Романова // Економіка і право охорони здоров'я. 2015. № 1 (1). С. 81–87.

управлінців на оцінку результатів їх діяльності, як попередніх – при призначенні на посаду, так і протягом її обіймання [29]. Про недосконалість існуючого відбору керівних медичних кадрів в Україні свідчить те, що, на думку опитаних головних лікарів, у професійній спільноті управлінців ОЗ лише 14,88% (95 % довірчий інтервал ДІ [7,43-22,34 %]) фахівців дійсно бажали долучитися до керівної медичної ланки, решта потрапили до когорти керівників випадково.

В Аналітичній записці Інституту економічних досліджень та політичних консультацій щодо компетенцій адміністраторів охорони здоров'я (2013) визначили, що однією з головних компетенцій сучасного головного лікаря державного українського закладу виявляється фандрейзинг – процес залучення фінансових засобів або інших ресурсів, які заклад не в змозі забезпечити самостійно [30].

У дослідженні [31] виявлено рівень залученості керівників закладів охорони здоров'я у різні види управлінської діяльності, який вказує на потребу у реформуванні існуючого підходу (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Оцінка керівниками закладів охорони здоров'я залученості у різні види управлінської діяльності

Вид діяльності	Частка у загальній структурі робочого часу, прийнятого за 100% (M±mp %)	Ранг щоденної участі (від 1 – найбільший ступінь участі до 10 – найменший )
Господарська діяльність	16,1±3,31	1

<sup>29</sup> Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 70 с.

<sup>30</sup> Степурко Т. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи : Аналітична записка НСЗ/2013 // Т. Степурко, І. Грига. Київ : Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. – 12 с.

<sup>31</sup> Лехан В. М. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я // В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Україна. Здоров'я нації. 2016. Випуск 4(10). С. 139-145.

Фінансова діяльність	12,48±2,98	2
Забезпечення ресурсами	11,39±2,86	3
Робота з кадрами	11,88±2,92	4
Аналітична робота	10,36±2,75	5
Різні комунікації	8,97±2,58	6
Ухвалення управлінських рішень	7,76±2,41	7
Робота з документацією	7,69±2,4	8
Адміністративна діяльність	6,79±2,27	9
Організаційна діяльність	6,58±2,24	10

Примітка. [32].

Такий стан речей суперечить виконанню завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку та реформування. Сьогодення вимагає нової генерації менеджерів, які повинні володіти низкою необхідних компетенцій, що відбивають їх здатність застосовувати знання, вміння та особистісні якості для успішної діяльності у сфері управління [33].

Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси. Такі кадрові рішення вже десятки років ефективно діють у всьому світі, зокрема у багатьох країнах – членах Європейського Союзу [34]. 31

<sup>32</sup> Лехан В. М. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я // В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Україна. Здоров'я нації. 2016. Випуск 4(10). С. 139-145.

<sup>33</sup> Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 70 с.

Степурко Т. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи : Аналітична записка НСЗ/2013 // Т. Степурко, І. Грига. Київ : Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. 12 с.

<sup>34</sup> Корнійчук О. П. Нова система охорони здоров'я України та перспективи кадрової політики / О. П. Корнійчук // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між нар. участю (Київ, 23 березня 2017 р.) / за заг. ред. В. С. Куйбіди, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – К. : ТОВ «ДСК-Центр», 2017. 208 с. С. 67-70.

жовтня 2018 року Міністерством охорони здоров'я України був виданий наказ № 1977, яким передбачено, що із 1 січня 2020 року в Україні функції директора та медичного директора у медичних закладах будуть чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини [<sup>35</sup>].

При цьому, генеральний директор, або директор закладу, займатиметься питаннями господарської діяльності, керуватиме виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу. Він займатиметься: стратегічним плануванням; координацією роботи закладу; формуванням бюджету; аналізом економічної ефективності; організовуватиме роботу та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів; забезпечуватиме залучення коштів на інвестиційні потреби закладу тощо.

Даним наказом передбачено, що головні лікарі, які вже уклали чи укладуть трудові договори до моменту, коли наказ вступить у дію (1 січня 2020 року), працюватимуть за старою моделлю, тобто керуватимуть і адміністративними, і медичними процесами, впродовж термінами, визначеними у договорі.

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я.

До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або

---

<sup>35</sup> Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров'я”: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>

«Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її [36].

У той же час, медичний директор займатиметься виключно питаннями медицини, зокрема: розробкою та впровадженням системи безперервного удосконалення якості послуг у медичному закладі на основі принципів доказової медицини; організацією надання пацієнтоорієнтованих послуг; координацією зовнішньої та внутрішньої взаємодії підрозділів закладу охорони здоров'я; організацію безперервного професійного розвитку медичного персоналу; впровадженням сучасних методик діагностики та лікування; організацією медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях; оцінкою якості надання медичної допомоги тощо [37].

Слід звернути увагу на те, що із 2020 року посада медичного директора вводить в довідник медичних професій [38].

Таким чином, вдосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинно бути спрямовано на: удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; впровадження в установленому порядку укладення трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу.

Для ефективної управлінської діяльності у сучасних умовах необхідна наявність у керівників ЗОЗ галузевих, менеджерських (фахових) компетенції,

---

<sup>36</sup> Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров'я” : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>

<sup>37</sup> Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі // Електронне «Державне управління : удосконалення та розвиток». 2018. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11\\_2018/24.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf)

<sup>38</sup> Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров'я” : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>

підприємницьких (ділових), особистісних та міжособистісних компетенцій [39].

Керівник повинен забезпечити саморганізацію системи на основі системного підходу в довгостроковому періоді, де кожен суб'єкт системи здатен прийняти рішення на основі попереднього досвіду з відповідальністю за прийняті рішення. Відповідно внесеним змінам до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»<sup>40</sup> медичний директор повинен управляти виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу охорони здоров'я, відповідати за фінансово-господарські результати діяльності. Кваліфікаційними вимогами керівника є вища освіта II рівня (магістр) зі стажем роботи районного рівня не менше 5 років.

На сьогодні половина управлінців не задоволені управлінською діяльністю та покладеними обов'язками. Керівник повинен характеризуватися суто компетенціями управлінця, який має медичну освіту, розуміє бізнес-процеси та потреби клієнта, якість наданих послуг, та має здібності до організації ефективної роботи працівників навіть за умов відсутності на робочому місці.

---

<sup>39</sup> Крячкова Л. В. Застосування компетентнісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхам забезпечення чутливості охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Український журн. медицини, біології та спорту. 2015. № 2 (2). С. 113–116.

<sup>40</sup> Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>

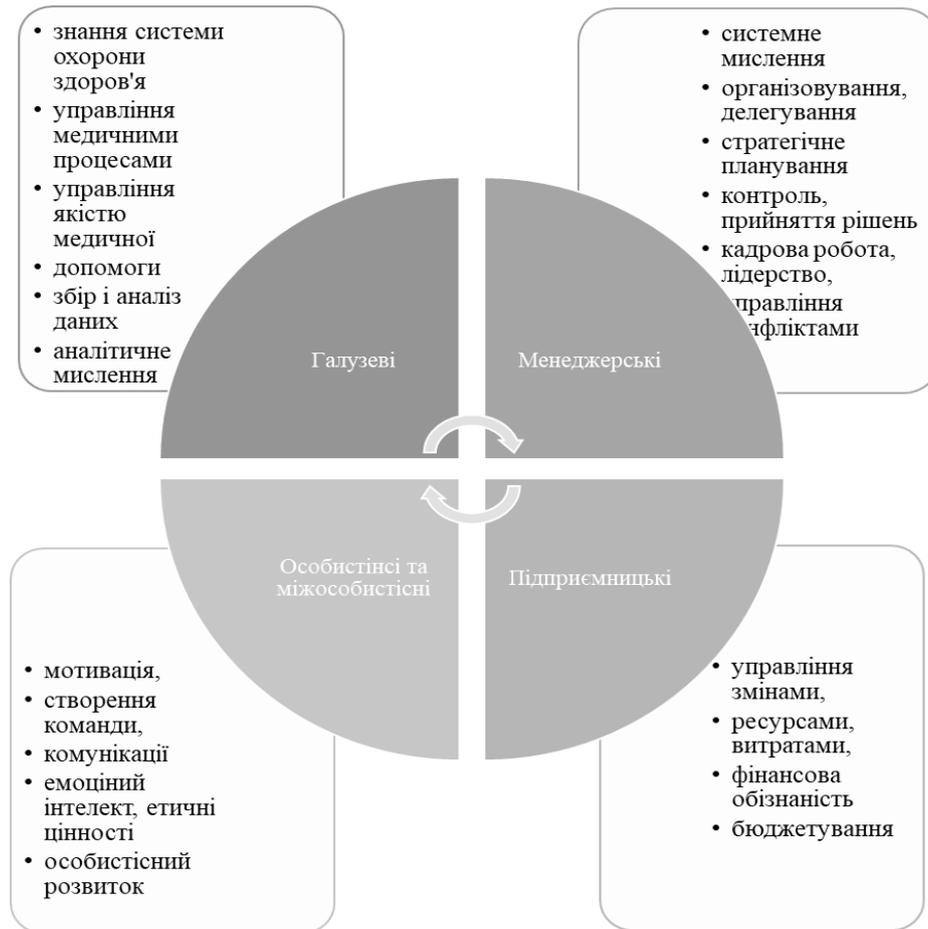


Рис. 3.3. Перелік та зміст управлінських компетенцій, необхідних керівникам системи охорони здоров'я для забезпечення ефективної діяльності

Примітка. Складено автором.

Отже, нагальним завданням сьогодні є створення нової системи підбору, підготовки та підзвітності керівних кадрів, яка б враховувала стратегії, орієнтовані на ефективність системи ОЗ та оновлену роль лідера.

Для ефективного функціонування і трансформації системи охорони здоров'я необхідна критична маса професіоналів нової генерації, здатних до глибокого розуміння проблем і ключових тенденцій розвитку системи охорони здоров'я, готових до застосування широкого спектра навичок для впровадження змін на організаційному та політичному рівнях.

Механізми, які регулюють процедури відбору персоналу, просування по кар'єрних сходах та доступу до обіймання керівних посад, повинні

ґрунтуватися на формалізованих критеріях із доведеною ефективністю на основі сучасних наукових уявлень.

Формуванням управлінських компетенцій у закладі охорони здоров'я повинні займатися досвідчені фахівці на до- та післядипломному рівнях навчання, приділяючи суттєву увагу формуванню системного мислення, як у студентів, так і у курсантів, оскільки брак знань про систему охорони здоров'я у керівників галузі різних рівнів може стати серйозним бар'єром для ефективного функціонування галузі, а в кінцевому підсумку – для поліпшення здоров'я населення.

Дисбаланс, який існує між тим, чим повинен займатися сучасний управлінець охорони здоров'я, та тим, чим він займається у реальному трудовому житті, вимагає перегляду основних підходів до сфери відповідальності керівників медичних закладів, їх прав та повноважень. Такий перегляд повинен здійснюватися з позицій компетентісного та системного підходів та відбуватися паралельно з переглядом системи підбору та кар'єрного просування керівних кадрів, їх до- та післядипломної підготовки.

Для удосконалення стратегічної управлінської діяльності у КП «ДМКЛ ПМР» потрібно: оптимізувати чисельність персоналу; внести зміни в організаційну структуру відповідно новій системі фінансування та управління; залучити нових фахівців, що будуть забезпечувати керівника інформацією, необхідною для прийняття управлінських рішень; здійснювати планування, організацію та контроль за діяльністю закладу в межах функцій фінансового управління.

Для удосконалення управління закладом доцільно впровадити клієнто орієнтований підхід, що матиме на меті підвищення якості медичних послуг. Новий підхід до забезпечення якості повинен передбачати покращення культури сервісу, здійснення зовнішніх комунікацій з клієнтами, розвиток соціальних мереж, як каналу комунікації, інформування шляхом проведення ярмарків та відкритих днів, проведення опитування шляхом анкетування

відвідувачів медичного закладу для виявлення поточної якості медичних послуг. Визначено систему комунікації КП «ДМКЛ ПМР» для інформування населення про реформи галузі та закладу.

Визначено перелік та зміст управлінських компетенцій, необхідних керівникам системи охорони здоров'я для забезпечення ефективної діяльності.

## ВИСНОВКИ

В результаті дослідження організації управлінської діяльності виявлено такі особливості управління закладом охорони здоров'я:

1. У дослідженні виявлено основні тенденції та трансформації організації управлінської діяльності закладу охорони здоров'я, визначено найбільш ефективні підходи до організації управлінської діяльності та можливості їх впровадження у закладі охорони здоров'я. У науковій літературі обґрунтовано використання різних підходів до управління в закладах охорони здоров'я, зокрема системний, програмно-цільовий, клієнтоорієнтований, процесний підхід на основі внесення інновацій та вирішення системних проблем, прагматичний підхід на основі доказової медицини. У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та автономізацією закладів охорони здоров'я, в Україні змінюються підходи до організації управлінської діяльності. Найбільш поширеними та дієвими можна визначити системний та процесний, які орієнтуються на надання якісних медичних послуг та передбачають системність управління усіма процесами медичного закладу. На сьогодні все ще використовується застарілий підхід та методи управління.

2. Для реалізації стратегічного управління існує три найбільш використовуваних за кордоном методи, які формують методологію управління закладом охорони здоров'я. Вони використовуються з метою реалізації сукупності проектів, портфелів проектів, управління ними: віялоподібний Agile-метод формування, управління окремими проектами ПОМЗ; спіральний метод формування, управління портфелем проектів; проактивний метод формування, управління програмою розвитку проектів або окремих заходів покращення надання послуг.

3. Механізм організації управлінської діяльності можна визначити як організаційно-економічну систему методів, інструментів забезпечення діяльності, функціонування та контролю за фінансово-господарською

складовою медичного закладу, в результаті використання яких досягається сталий розвиток медичного закладу та впроваджується клієнто орієнтований підхід. Запропонований механізм управління закладами охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку складається з п'яти етапів ефективного управління (аналіз, планування, організація, координація, оцінювання та координація) і враховує специфічні особливості функціонування закладів охорони здоров'я при переорієнтації їх на інноваційний шлях розвитку. Крім того, для розробленого механізму характерна циклічність, що забезпечує безперервність процесу управління закладами охорони здоров'я.

4. В ході дослідження діяльності та управлінських процесів у КП «ДМКЛ ПМР» виявлено ряд позитивних змін, зокрема реорганізацію закладу та наділення управлінськими функціями головного лікаря (директора) закладу, зростання рівня фінансування та автономності закладу.

5. Аналіз фінансового, кадрового, матеріально-технічного забезпечення та показників роботи КП «ДМКЛ ПМР» дав змогу виявити такі основні проблеми: недостатня кількість автотранспорту; кадрова проблема, більшість працівників пенсійного віку; персонал не проходить атестацію, тренінги, навчання кожного року, атестація є фрагментарною та охоплює лише певну кількість лікарів. Відповідно від рівня відвідуваності залежить якість медичної послуги, адже сімейний лікар, який приймає все меншу кількість хворих буде менш кваліфікованим. Низький рівень фінансового забезпечення населення. На 1 мешканця припадає лише 540 грн. в рік фінансування. Позабюджетні кошти також мізерні. Обсяг видатків на медикаменти на 1 мешканця також є низьким. Окрема проблема національного рівня – фінансування ліків, медикаментів в межах програми доступні ліки. Частка освоєних коштів на бронхіальну астму, цукровий діабет низька (в межах 10%), а це вказує на фінансові проблеми в управлінні та потребує перегляду урядової програми в контексті можливості фінансування хворих відповідно до причин смертності та загроз певних видів захворювань регіону. Існує також відсутність фінансування приватним

сектором, наприклад в межах державно-приватного партнерства, придбання обладнання за рахунок коштів власників бізнесу. Низьким є рівень забезпеченості АРМ та доступом до мережі Інтернет по амбулаторіях. Зазначені проблеми потребують вирішення на основі стратегічного та тактичного планування, формування стратегії розвитку, розробки основних заходів вдосконалення роботи та медичних послуг закладу.

6. Для подолання визначених проблем здійснено визначення стратегії діяльності закладу та основні організаційні, фінансові, матеріально-технічні заходи, що повинні бути реалізовані в межах стратегії розвитку. Запропоновано організаційні зміни шляхом зміни структури та наділення управлінськими повноваженнями сімейних лікарів. Запропоновано оптимізацію чисельності персоналу шляхом розрахунку кадрових потреб в рамках стратегічного планування.

7. Для удосконалення стратегічної управлінської діяльності у КП «ДМКЛ ПМР» потрібно: оптимізувати чисельність персоналу; внести зміни в організаційну структуру відповідно новій системі фінансування та управління; залучити нових фахівців, що будуть забезпечувати керівника інформацією, необхідною для прийняття управлінських рішень; здійснювати планування, організацію та контроль за діяльністю закладу в межах функцій фінансового управління.

8. Для удосконалення управління закладом доцільно впровадити клієнто орієнтований підхід, що матиме на меті підвищення якості медичних послуг. Новий підхід до забезпечення якості повинен передбачати покращення культури сервісу, здійснення зовнішніх комунікацій з клієнтами, розвиток соціальних мереж, як каналу комунікації, інформування шляхом проведення ярмарків та відкритих днів, проведення опитування шляхом анкетування відвідувачів медичного закладу для виявлення поточної якості медичних послуг. Визначено систему комунікації КП «ДМКЛ ПМР» для інформування населення про реформи галузі та закладу.

9. Визначено перелік та зміст управлінських компетенцій, необхідних керівникам системи охорони здоров'я для забезпечення ефективної діяльності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р. Тіньова економіка як перешкода реформуванню системи охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичній конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р.). С. 13-16.
2. Борисяк, О. В. Оптимізаційні технології формування персоналу підприємств : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04. Київ, 2018. 188 с.
3. Бушуев С. Д., Бушуева Н. С. Модели и методы развития организаций от «видения» к реальности. *Управління проектами та розвиток виробництва: зб. наук. пр.* 2005. №4 (16). С. 5–13.
4. Бушуев Д. А. Імунна пам'ять як інструмент управління програмами розвитку підприємств. *Вісник ЛДУ БЖД: зб. наук. пр.* 2015. №12. С. 23–28.
5. Бушуев С. Д., Ярошенко Р. Ф. Методології управління проектами на моделях класу «рушійні сили – опір». *Управління розвитком складних систем.* 2010. № 2. С.11–15.
6. Васіна А. Ю. Формування моделі управління розвитком госпітальних округів. Матеріали Всеукраїнської науково-практичній конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р.) С. 37-40.
7. Виплати медичним закладам за договорами з НСЗУ. Електронний ресурс. URL: <https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori/statistics> (дата звернення: 10.08.2020).
8. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. ... док. екон. наук : 25.00.02. Донецькій державний університет управління, Маріуполь, 2020.
9. Данченко О. Б., Лепський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проектів проектно-орієнтованого медичного закладу.

*Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами, 2018. № 2 (1278). С. 45-52.*

10. Договір № 0000-4НММ-М000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Київ 16.01.2020. Електронний ресурс. URL: [https://nszu.gov.ua/storage/files/2020\\_1548416119.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/files/2020_1548416119.pdf) (дата звернення: 10.08.2020).

11. Дудкіна О. П. Технології маркетингу як інноваційний інструмент управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р.). С. 37-40.

12. Желюк Т. Л. Бречко О. Технології фінансування закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р. С. 99-110.

13. Жуковська А. Ю. Інклюзивні підходи до управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформ. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Кам'янець-Подільський 12-13 грудня 2018 р. С. 113-117.

14. Князев А. А. Формирование и развитие стратегического резерва руководящих кадров в здравоохранении (организационно-управленческие аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33, 2013. 25 с.

15. КП «ДМКЛ ПМР» URL: [https://youcontrol.com.ua/catalog/company\\_details/38283239/](https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/38283239/) (дата звернення: 10.08.2020).

16. Комунікаційний портал за підтримки міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://micto.ua/med/inst/centr-pervynnoji-medyko-sanitarnoji-dopomogy-38283239/> (дата звернення: 10.08.2020).

17. Конституція України // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2003, N 29, ст.232 Із змінами і доповненнями, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року N 2222-IV

18. Корнійчук О. П. Нова система охорони здоров'я України та перспективи кадрової політики. *Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України* : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між нар. участю. К. : ТОВ «ДСК-Центр», 2020. С. 67-70.

19. Крива Н. Організація районного центру первинної медичної допомоги нового зразка. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Кам'янець-Подільський 12-13 грудня 2018 р. С. 166-170.

20. Крива Н. Робота районного центру первинної медико-санітарної допомоги в нових умовах. Матеріали IV Міжнародній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі». 7 листопада 2020 року) Київ, 2020, с. 167-171

21. Крячкова Л. В. Застосування компетентнісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхам забезпечення чутливості охорони здоров'я. *Український журн. медицини, біології та спорту*. 2015. № 2 (2). С. 113–116.

22. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4(10). С. 139-145.

23. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Канюка Г. С., Романова О. В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників

закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 81-86.

24. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Канюка Г. С., Романова О. В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 81–87.

25. Літвінов О. С. Визначення факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету. Науки: економіка, політологія, історія*. 2017. № 4. С. 58-68.

26. Лобас В. М., Дорохова О. Т., Адоньєва Н. М. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі. *Медична освіта*. 2011. № 3. С. 99–101.

27. Мельник А. Ф. Модернізаційний розвиток регіональних ринків послуг як виклик для менеджменту закладів охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Кам'янець-Подільський 12-13 грудня 2018 р. С. 219-223.

28. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі. *Електронне «Державне управління : удосконалення та розвиток»*. 2018. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11\\_2018/24.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf) (дата звернення: 10.08.2020).

29. Монастирський Г. Л. Зарубіжний досвід управління системою охорони здоров'я на територіальному рівні: уроки для України. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» (Тернопіль-Кам'янець-Подільський 12-13 грудня 2018 р.) Тернопіль, ТНЕУ С. 37-40.

30. Муляр Т. С. Формування і реалізація стратегії підприємств. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки)*. 2013. № 2(6). С. 289–300.
31. 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: 10.08.2020).
32. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України 2801-ХІІ, поточна редакція від 01.01.2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
33. Панчишин Н. Я. Смірнова В. Л. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я. *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. –2012. № 3 (53). С. 57–59.
34. Парій В. Д., Грищук С. М., Борис В. М. Основні підходи до визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітального округу. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 59-64.
35. Показники роботи закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу за 9 місяців 2020 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=2&s2m=1> (дата звернення: 10.12.2020).
36. Порожня В. М., Горбань О. М., Сотникова Т. О. Модель максимізації функції корисності діяльності установи на основі сценаріїв розвитку. *Держава та регіони: серія економіка та підприємництво*. 2017. № 6(93). с. 77-81.
37. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я 2002-VIII, Закон України поточна редакція від 06.04.2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
38. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL:

<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja> (дата звернення: 10.08.2020).

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, Закон України 2168-VIII, поточна редакція від 19.10.2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

40. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ МОЗ від 29.07.2017 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> (дата звернення: 10.08.2020).

41. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, Розпорядження КМУ від 30 листопада 2017 р. № 1013-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2017-p>

42. Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

43. Проект Методичних рекомендацій щодо організації управління системою охорони здоров'я на території об'єднаної територіальної громади та реорганізації мережі відповідних закладів. Інститут Громадянського суспільства. URL: [https://www.csi.org.ua/law\\_writing/proekti\\_npa/proekt-metodychnyh-rekomendatsij-shhodo-organizatsiyi-upravlinnya-systemoyu-ohorony-zdorov-ya-na-terytoriyi-ob-yednanoyi-terytorialnoyi-gromady-ta-reorganizatsiyi-merezhi-vidpovidnyh-zakladiv/](https://www.csi.org.ua/law_writing/proekti_npa/proekt-metodychnyh-rekomendatsij-shhodo-organizatsiyi-upravlinnya-systemoyu-ohorony-zdorov-ya-na-terytoriyi-ob-yednanoyi-terytorialnoyi-gromady-ta-reorganizatsiyi-merezhi-vidpovidnyh-zakladiv/) (дата звернення: 10.08.2020).

44. Рач В. А., Россошанська О. В. Методи оцінки альтернативних проектів стратегій регіонального розвитку. *Управління проектами: стан та перспективи: мат. між. конф.* (Миколаїв 16-18 вересня 2009 р.). Миколаїв: НУК, 2009. С. 4–6.

45. Рейтингові показники охорони здоров'я адміністративних територій Полтавської області за 12 місяців 2017 року та за III квартал 2017 року. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/index.php?m=5&sm=1&s2m=1> (дата звернення: 10.08.2020).

46. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 70 с.

47. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Вдосконалення системи управління охороною здоров'я в Полтавській області на основі впровадження проекту світового банку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 49–53.

48. Смирнов С. О. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. № 3(185). 2017. С. 78–83.

49. Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні. *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2013. № 3. С. 26–281

50. Статут КП «ДМКЛ ПМР» URL: <https://yarmrda.gov.ua/index.php/publiczni-dokumenty-rozporiadzhennia> (дата звернення: 10.08.2020).

51. Степурко Т., Грига І. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи : *Аналітична записка НСЗ*. Київ : Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. 12 с.

52. Стецюк В. З., Савицький А. Й., Іванова Т. П., Ольхович Н. В., Луговський Ю. О. Інформаційна система для медико-генетичної лабораторії. *Медична інформатика та інженерія*. 2017. № 2. С. 55–57.

53. Тарасенко В. В. Стратегии развития территориальных кластеров *Экономические стратегии*. 2011. № 11. С. 82–92.

54. Тесля Ю. Н. Концептуальные основы информационной теории проектов. *Вісник ЧДТУ*, Черкаси. 2002. №4. С. 69–74.

55. Тімінський О. Г., Бєрулава Д. З. Розблокування латентних конфліктів і перетворення їх з «опорів» в «рушійні сили» програм розвитку. *Вісник ЛДУ БЖД: Зб. наук. пр.* Львів. 2014. № 10. С. 136-141.

56. Тхориков Б. А. Проектное управление в ЛПУ : опыт Белгородской области. *Здравоохранение.* 2012. № 7. С. 28–32.

57. Харитонюк Р. О. Концепція оптимізації медичної допомоги інфекційним хворим на регіональному рівні. *Інфекційні хвороби.* 2017. № 2. с. 53-58.

58. Шевченко В. А. Організаційне забезпечення інноваційного розвитку медичного закладу. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Економіка.* 2015. № 9 (3). Т. 23. С. 157-163.

59. Шинкарук Ю. І. Шляхи оптимізації роботи середнього медичного персоналу терапевтичного відділення. *Медсестринство.* 2018. № 2.

60. Шкільняк М. М. Вектори модернізації менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» (Тернопіль-Кам'янець-Подільський 12-13 грудня 2018 р.) Тернопіль, ТНЕУ С. 332-337.

61. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю. М. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації.* 2013. № 2. С. 72–75.

62. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf) (дата звернення: 10.08.2020).

63. Янко А. С. CRM система у медичному закладі. *Проблеми інфокомунікацій : матеріали 2-ої Всеукр. наук.-техн. конф.* (5 груд. 2018 р.). Полтава : ПолтНТУ, 2018. С. 24-27.

64. Ярошенко, Ю. Ф. Моделі «рушійні сили – опори» в управлінні проектами та програмами. К.: Самміт книга, 2010. 160 с.

65. AgilePracticeGuide [Текст] / USA. PMI, 2017. 210 p.

66. Cohn, Mike. *Succeeding with Agile: Software Development Using Scrum.* MikeCohn. Pearson Education, 2009. 504 p.

67. Martin, Robert C. *Agile Software Development, Principles, Patterns, andPractices.* Pearson, 2002. 528 p.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Динаміка показників матеріально-технічного забезпечення КНП «КП «ДМКЛ ПМР»» у 2017-2018 роках

Показник	Роки		
	2017	2017	2018
Забезпеченість АРМ:			
- по відділеннях – всього - % від всіх	-	2-28,5%	5 – 71%
- по лікарях – всього - % від всіх	-	2-11,8%	17 – 89,9%
Доступ до мережі Інтернет:			
- по відділеннях – всього - % від всіх	-	2-28,5%	5-71,4%
- по лікарях – всього - % від всіх	-	2-11,8%	19-100%
Забезпеченість глюкометрами:			
- відділень – всього - % від всіх	7-7-100%	7-7-100%	7-7-100%
- лікарів – всього - % від всіх	18-12-66,6%	19-19-100%	19-19-100%
Забезпеченість амбулаторій вагами:			
- для дітей – всього - % від всіх	7 – 100%	12 – 100%	12 – 100%
- для дорослих – всього - % від всіх	7 – 100%	11 – 100%	14 – 100%
Забезпеченість амбулаторій:			
- гінекологічними кріслами – всього - % від всіх	7-100%	7-100%	7-100%
- отоскопами – всього - % від всіх	-	7-100%	7-100%
- офтальмоскопами – всього - % від всіх	-	-	5-71,4%
- тонометрами Маклакова – всього - % від всіх	-	7-100%	7-100%
- швидкі тести на вагітність – всього - % від усіх	-	-	7-100%
- швидкі тести на тропоніни– всього - % від усіх	-	-	7-100%
- швидкі тести на ВІЛ– всього - % від усіх	-	-	7-100%
- швидкі тести на вірусні гепатити– всього - % від усіх	-	-	7-100%

Додаток Б  
Динаміка показників профілактичної роботи КП «ДМКЛ ПМР»  
у 2017-2018 роках

Показники	Роки		
	2017	2017	2018
ФПО – на 1000 населення	15317	14151	13526
	613,3	591,4	594,3
Вперше виявлено на ФПО у % до всіх вперше	12-8,5%	9-7,8%	10-6,9%
<u>Бактеріоскопічні дослідження мокротиння:</u>			
абс. Число	107	140	270
на 1000	4,5	4,8	9,5
інформативність (абс. число позитивних – % до всіх)	2-1,9%	2-1,4%	3 – 1,11%
<u>Туберкулінодіагностика:</u>			
закуплено туберкуліну в тис. грн.	95614,4	76655,56	120240
% від потреби	100%	48,20%	65%
проведено проб – абс. Число	3596	1716	2964
% від підлягаючих	94%	45,3	78,50%
ОПО жіночого населення: %	10074-76,1%	10422-80,6%	9380-73,9%
% неповноцінних мазків	2317-30%	1563-16,3%	2017-23%
% неінформативних мазків	301-2,9%	412-3,9%	203-2,1%
<u>Занедбаність по локалізаціям (всього – занедбані – %):</u>			
всі локалізації, у т.ч. раки	117-16-3,60%	113-18-15,9%	120 – 17 – 14,10%
всіх візуальних локалізацій, з них рак	38-5-13,4%	40-1-2,4%	39 – 7 – 17,9%
- молочної залози	-	-	6 – 3-50%
- шийки матки	-	4-1-25%	-
- шкіри			8 – 2-25%
- порожнини рота	2-1-50%	-	2 -1-50%
- зовнішніх статевих органів	1-1-100%	-	-
- щитовидна залоза	-	-	2-1 – 50%
<u>Скринінг на цукровий діабет:</u>			
проведено глюкометрій – абс. число -	1122	2078	4154
у % до дорослого населення	4,60%	9,00%	18,25%
обстежено на глюкозу крові за направленням ЦПМСД			
абс. число -	2425	3975	2706

## Продовження додатку Б

у % до дорослого населення	11,25	16,20%	11,80%
Профогляди дітей 0-18 років у %, з них	5387-99,8%	5430-99,8%	5415-99,8%
- в ЛПЗ (абс. число - %)	5069-93,9%	5043-92,7%	5073-93,2%
- в ЗОНЗ (абс. число - %)	318-5,9%	387-7,1%	342-6,3%
Кількість ЗОНЗ – дітей в них	22-2892	23-3003	21-2947
Кількість дошкільних дитячих закладів – дітей в них	21-892	21-884	21-885
Кількість шкіл- інтернатів – дітей в них	2-157	2-157	1-120
Кількість будинків інтернатів – підопічних в них	2-198	2-196	2-208