

Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування закладу вищої освіти)

Центр заочної та дистанційної освіти
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущена до захисту»
Зав. кафедри ЕМКД
канд. екон. наук., доцент

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК

«11» грудня _____ 2024 р.
(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№6 від «11» грудня 2024 р.)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на другому (магістерському) рівні вищої освіти
на тему:

**«Удосконалення механізму управління закладами охорони
здоров'я»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
на другому (магістерському) рівні
ОПП «Публічне управління та
адміністрування»
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
групи ПА-23МЗ

_____ Інна Володимирівна Ковальчук

«11» грудня _____ 2024 р.

Керівник: канд. екон. наук., доцент

_____ Тетяна Анатоліївна Немченко

«11» грудня _____ 2024 р.

Рецензент: _____

м. Кропивницький – 2024 рік

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 4 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ | 7 |
| 1.1. Загальні принципи організації публічного управління в галузі медицини та забезпечення її ефективності | 7 |
| 1.2. Загальні засади формування системи управління охороною здоров'я | 16 |
| 1.3. Теоретичні підходи щодо формування механізму функціонування закладів охорони здоров'я | 23 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КНП «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ» | 31 |
| 2.1. Організація управління КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради» | 31 |
| 2.2. Кадровий аналіз «ЦМЛ КМР» | 36 |
| 2.3. Фінансовий аналіз КНП «ЦМЛ КМР» | 43 |
| РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | 51 |
| 3.1. Удосконалення механізму управління закладами охорони здоров'я з позиції системного підходу | 51 |
| 3.2. Механізм формування клієнтоорієнтованої стратегії менеджменту медичного закладу в контексті удосконалення ефективності управління | 62 |
| ВИСНОВКИ | 69 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 72 |
| ДОДАТКИ | 77 |

ВСТУП

Сучасні виклики, які постають перед системою охорони здоров'я України, обумовлюють необхідність її трансформації та адаптації до нових умов, спричинених соціально-економічними та демографічними змінами, а також війною. В умовах обмеженості ресурсів, руйнації медичної інфраструктури, зростання навантаження на систему через міграцію населення та втрату висококваліфікованих фахівців гостроти набирає проблема нарощення ефективності управління медичними закладами. Саме це питання стає ключовим у забезпеченні доступності та якості медичних послуг для громадян, зміцненні здоров'я населення та стабільному розвитку медичної галузі.

Управління медичними закладами — це не лише організація лікувального процесу, а й формування комплексного механізму, що забезпечує ефективне використання ресурсів, впровадження сучасних технологій, удосконалення менеджменту та моніторинг отриманих результатів. Актуальність дослідження даної теми обумовлюється необхідністю пошуку шляхів підвищення ефективності функціонування медичних установ, особливо в умовах медичної реформи, що базується на переході до нових принципів фінансування та управління, що відображено в дослідженнях як вітчизняних, так і зарубіжних науковців, особливо в контексті сучасних трансформацій у медичній здоров'я, зокрема, у працях Баєвої О., Вошка І., Грабовського В., Клименка П., Данченка О., Лепського В., Долгих М., Карлаша В., Лаврентія Д., Ревка А., Шевчука Р.

Маємо зауважити, що не зважаючи на значну репрезентативність означеної тематики в працях науковців потребують уточнення питання аналізу організаційно-економічних аспектів діяльності медичних установ, оцінці ефективності їх функціонування в галузі охорони здоров'я, а також на удосконалення моделей управління, які б відповідають національним

потребам надання медичних послуг, що актуалізує виконання даної кваліфікаційної роботи .

Мета дослідження полягає у розробці рекомендацій щодо вдосконалення механізму управління медичними закладами, ґрунтуючись на системному підході з урахуванням сучасних викликів і потреб галузі. Дослідження спрямоване на покращення ефективності управлінських процесів у медичних закладах шляхом інтеграції новітніх методів і підходів, що забезпечують якість медичних послуг, їх доступність і фінансову стійкість.

Об'єкт дослідження — механізм управління закладами охорони здоров'я, що включає організаційні, фінансові, кадрові та управлінські аспекти, які забезпечують функціонування медичних установ у сучасних соціально-економічних умовах.

Предмет дослідження — особливості, інструменти та методи вдосконалення механізмів управління комунальними закладами охорони здоров'я на прикладі КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради».

Обраний об'єкт і предмет дослідження дають змогу сфокусувати увагу на ключових аспектах управління медичними закладами, враховуючи специфіку їхньої діяльності, потреби пацієнтів і виклики реформування системи охорони здоров'я.

Завданнями кваліфікаційної роботи є:

- дослідити теоретичні засади функціонування механізмів управління в медичних закладах;
- проаналізувати поточний стан управління КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради»;
- запропонувати інструменти та механізми удосконалення управління медичними установами.

Для досягнення мети та завдань у роботі усталено використано методи аналізу та синтезу, порівняльний аналіз, а також спеціалізовані методи

економічного і фінансового аналізу, що дозволило дослідити ефективність управління медичними закладами. Теоретичне підґрунтя дослідження складають праці науковців у галузі менеджменту, публічного управління, економіки охорони здоров'я та організації медичних послуг, організаційна документація та фінансова звітність КНП «КМЛ КМР».

Наукова новизна дослідження полягає в обґрунтуванні та розробці підходів до вдосконалення механізмів управління закладами охорони здоров'я, які враховують сучасні виклики реформування медичної галузі України, зокрема за рахунок інтеграції клієнтоорієнтованого підходу в загальну стратегію управління медичним закладом, що дозволяє підвищити рівень задоволеності пацієнтів якістю послуг.

Практичне значення роботи полягає у розробці рекомендацій щодо оптимізації управлінських процесів через системний підхід, який включає фінансове забезпечення, кадрове управління та моніторинг ефективності діяльності, що дає можливість застосування отриманих результатів для вдосконалення управлінської діяльності як у досліджуваному закладі, так і в інших медичних установах комунальної форми власності.

Результати дослідження було апробовано під час VII Міжнародної науково-практичної конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України» від 7.11. 2024 р. та опубліковано у відповідному збірнику тез доповідей.

Робота складається із вступу, теоретичного, аналітичного та дослідницького розділів, містить висновки, перелік використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Загальні принципи організації публічного управління в галузі медицини та забезпечення її ефективності

Згідно до діючого законодавства України здоров'я людини - це найвища цінність соціального змісту. Відповідно до цього постулату, в концепції і розвитку системи громадського здоров'я декларується необхідність проведення ефективної державної політики з метою збереження, зміцнення та динамічного покращення здоров'я населення за показниками тривалості життя та його якості. Успіх трансформації сфери охорони здоров'я у визначеному напрямі залежить від суспільної ефективності, перш за все публічного управління в цій сфері. В свою чергу, вирішення проблеми ефективності публічного управління потребує уточнення розуміння базових понять процесу [24].

Висхідним базовим поняттям є система охорони здоров'я, яку можна трактувати у широкому контексті, як систему заходів зі сторони держави, громадськості, які підпорядковані реалізації суспільних функцій щодо підтримка та покращення здоров'я людей, підвищення терміну активного життя, працездатності, формування умов, сприятливих для здоров'я в побуті та за місцем праці [1].

Система охорони здоров'я, як тлумачать науковці, здатна виконувати наступні суспільні функції:

- сприяти раціональному використанню наявного людського капіталу країни;
- здійснювати моніторинг реального стану здоров'я населення з метою збереження та розвитку функцій фізіологічного та психологічного змісту;

- створювати умови для оптимальної працездатності, соціальної активності, виходячи з біологічної індивідуальної тривалості життя людей [1].

Зазначене свідчить про те, що суспільні функції системи охорони здоров'я націлені на основну її мету – збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення за рахунок надання медичних послуг, як виду суспільної діяльності. З позиції інституційного підходу до сфери охорони здоров'я входять різноманітні державні та недержавні органи і організації, тобто суб'єкти, які безпосередньо здійснюють діяльність в галузі медицини, а також суб'єкти публічного управління в цій галузі [25].

Підсумовуючи, сфера охорони здоров'я - це сфера діяльності цілої системи організацій, які спеціалізуються на наданні медичних послуг за широким асортиментом. Складовими названої системи згідно спеціалізації виділяють: медичну, соціальну та організаційну.

Державне управління у сфері охорони здоров'я є провідним, виступаючи одночасно механізмом та формою виявлення суспільних інтересів, метою якого є визначення забезпечення медичним обслуговуванням в широкому розумінні [13].

Тобто, державне управління в сфері медицини передбачає управління всіма складовими системи медичного забезпечення через впровадження національних ініціатив у даній галузі. Отже, саме державна політика є фундаментом у формуванні управління в даній сфері, спрямовуючим вектором, курсом яким орієнтується суб'єкти діяльності в галузі збереження, відновлення та зміцнення здоров'я і спеціального благополуччя населення держави [13].

За свідченнями зарубіжної та вітчизняної практики, реалізація політичного спрямування у галузі медицини здійснюється не лише державними, а іншими недержавними суб'єктами, що обумовлює необхідність застосування публічного управління в цій галузі. У вузькому розумінні, сутність публічного адміністрування полягає в законодавчому

регламентуванні виконавчої та розпорядчої діяльності, шляхом ухвали адміністративних рішень та надання послуг, встановлених державними законами [23].

Розглядаючи публічне управління у вузькому сенсі, практики його визначають як функціонування державних установ та місцевих адміністрацій. Такий підхід спрощує розділ на суб'єкти та об'єкти публічного управління в сфері охорони здоров'я [25].

Підсумовуючи зазначимо, що: по-перше, публічне управління в сфері охорони здоров'я - це практичний організуючий, регулюючий вплив з боку органів державної влади та органів місцевого самоврядування на формування передумов для надання медичних послуг населенню з метою збереження, відтворення та покращення стану здоров'я громадян України, як складової її національного багатства; по-друге, ефективність впливу органів публічної влади слід розглядати та оцінювати з позиції ефективності самої медичної системи. Чим ефективніша державна політика в галузі медицини, тим успішніше процес медичного обслуговування населення. В такому ключі до загальних показників ефективності державної політики належать показники стану здоров'я громадян, стан та рівень фінансового забезпечення у разі виникнення захворювань, ступінь задоволення суспільних потреб в медичній допомозі, тощо. З позиції результатів виокремлюють наступні типи ефективності у медичній галузі: медичну, соціальну та екологічну [25].

Досягнення ефектів результатів профілактики, діагностики, лікування захворювань і реабілітації пацієнтів в межах медичних установ різних рівнів відносять до медичного типу ефективності, тобто мова йде про рівень здатності надавати певний асортимент медичних послуг саме тої якості, якої вимагають пацієнти.

Окрім основних показників медичної ефективності, виділяють специфічні, зокрема середні терміни та способи діагностики, умови перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні, якість лікарських засобів та процедур, середня тривалість захворювання, результати від заходів

профілактики та інші. Зрозуміло, що особливі критерії для визначення результативності роботи медичних доповнюють основні, а разом характеризують наслідки медичної діяльності: її результативність в діагностиці, лікуванні, реабілітації та профілактиці [18].



Рисунок 1.1 – Ефективність системи публічного управління в системі охорони здоров'я

Джерело: [18]

Соціальна ефективність тлумачиться з позиції отримання соціальних результатів, які не мають вартісної оцінки, але сприяють задоволенню суспільних потреб. Відображаючись безпосередніх та опосередкованих ефектах, соціальної ефективність показує рівень виконання соціальної ролі охорони здоров'я. В теперішній час, безпосередній ефекти оцінюються через стан здоров'я населення (показники щодо рівня захворюваності, інвалідності, смертності, збереження життя), а також шляхом оцінювання рівня задоволеності суспільства самим механізмом надання медичних послуг населенню. Погоджуємося із висновками науковців про те, що оцінка

соціальної ефективності в управлінні в кінцевому експертному оцінюванні відображається в показнику якості життя людей за рахунок розбудови та покращення розвитку самої медицини як галузі. Тривалість життя населення також дає уяву про опосередкованість соціальних ефектів, особливо якщо звернути увагу на тривалість життя здорового та активного населення, показники народжуваності та смертності, на рівень психологічної та соціальної напруги в суспільстві, внаслідок захворювань і не тільки (мова йде про ментальне здоров'я нації під впливом повномасштабної війни, розквіту корупції в органах, які дотичні до питань підтримки ветеранів війни, вимушено переміщених осіб, постраждалих від ракетних обстрілів, тощо). Оцінка рівня соціальної ефективності медицини - важливий показник для покращення публічного управління в медичній сфері. Згадаємо публічний резонанс від масової інвалідності прокурорів із Хмельниччини та інших регіонів країни. Публічні визнання допущених порушень в процесі надання інвалідності, тобто фінансової підтримки, допомоги відновлення в певній мірі, втрати працездатності хворих, виправлення допущених викривлень, підвищить соціальну оцінку в публічному управлінні в галузі медицини. Належна оцінка виявленому соціальному викривленню з боку МОЗ України, Генеральної прокуратури, Ради національної безпеки України, ухвала юридично аргументованих рішень щодо ліквідації - найкращий соціальний ефект в процесі покращення адміністративного управління в медичній сфері України [1].

Третій тип ефективності в галузі медицини - це економічна ефективність, яка розглядається в двох аспектах: перший - щодо впливу охорони здоров'я працюючого населення на економіку країни шляхом збереження людського капіталу, трудових ресурсів та відновлення працездатності зайнятих в економіці громадян і другий - використання медперсоналу як спеціалізованого ресурсу всередині медичної галузі, його підготовка збереження розвиток. Показники, що підтверджують зростання ефективності управління медициною як галуззю, відвернений економічний

збиток, завдяки заходам адміністративного змісту з охорони здоров'я (зменшення економічних збитків від захворюваності, інвалідності, смертності, застосування лікувальних чи профілактичних заходів); надання при наявних трудових ресурсах більшого обсягу медичної допомоги, максимальна віддача від обладнання, уникнення незапланованих або марних витрат, раціональне використання ліжкового фонду та інше [1].

Науковці вважають за необхідне комплексно оцінювати ефективність медичної системи для забезпечення всебічного підходу та уникнення однобічності наголосу на одному із перерахованих типів ефективності (медичний, соціальний, економічний). Досвід свідчить, що можна отримати нульовий або негативний ефект навіть при наявності висококваліфікованих працівників та широкому використанні сучасної комп'ютерної медичної техніки. Далі неприпустимо перебільшувати значення економічного ефекту для оцінювання ефективності публічного управління медичними установами. Суто економічний критерій не забезпечує користь для профілактики лікування, підготовки та перепідготовки кадрів, впровадження удосконалених організаційних форм надання медичної послуги (особливо в умовах війни, коли потреби рятування поранених виходять за межі організаційно затверджених протокольних процедур). Практика демонструє приклади, коли лікувально-профілактичні заходи не вигідні із економічної позиції, але вкрай необхідні з медичного та соціального погляду. Згадаємо потребу суспільства в організації медичного догляду за літніми, самотніми людьми із хронічними дегенеративними хворобами, хворих із розумовою відсталістю, тощо. В цьому ж контексті економічно не вигідне застосування сучасних новітніх медичних препаратів, новітніх технологій, інтенсивної терапії, реанімації, реабілітації, протезування, збереження життя людини, яка в перспективі не відновиться, набуде інвалідності, втратить здатність займатися раніше набутою професією. Але з позиції соціального та медичного розвитку прогресу демократичного суспільства такі витрати не тільки доцільні, але й необхідні. Враховуючи зазначене, підкреслимо

пріоритетні значення соціальної та медичної ефективності в порівнянні із економічною, якщо мова йде про оцінку заходів чи програм в сфері медицини. Але значення економічної ефективності зростає у випадку раціонального використання фінансових, матеріальних, трудових ресурсів, особливо за умови їх обмеженості підвищеної потреби [1, 25].

Очевидно, ефективність управління в галузі медицини необхідно визначати через співвідношення економічних витрат і отримання соціальних медичних та економічних результатів. Такий підхід буде віддзеркалювати зусилля адміністраторів з перетворення витрат в якість (до прикладу з позиції оптимального медичного та соціального результату за умови мінімальних фінансових витрат). Але існує інша думка: оцінювати управлінські ефект як відношення інтегрального показника покращення здоров'я суспільства до інтегрального показника витрат на охорону здоров'я.

На теперішній час науковці та практики до критеріїв оцінювання результатів медичній галузі пропонують відносити: показники здоров'я населення за роками (в певній часовій динаміці); якість та доступність медичної допомоги населенню із урахуванням регіонального розподілу, тривалість трудової діяльності зайнятого населення, економію витрат на соціальне забезпечення хворих.

Слушною є думка про необхідність враховувати загальні поняття «якість життя» та «рівень життя», що дотично свідчить про рівень ефективності публічного управління в медицині. Але «якість» та «рівень людського розвитку» вважаються загальними критеріями ефективності всієї системи публічного управління і дати оцінку внеску тієї чи іншої сфери в параметри цих критеріїв унеможливлене, а тому все ж таки доцільно оперувати зазначеними специфічними критеріями оцінювання ефективності публічного управління системою медичних закладів [39].

Узагальнене тлумачення суспільної ефективності публічного управління в галузі медицини визначається як співвідношення між результатами, що отримані шляхом досягнення цілей публічної політики в

галузі охорони та підвищення рівня здоров'я громадян країни в трьох вимірах: соціальному, медичному та економічному, а також результатами в системній організації галузі медицини та витратами ресурсів на цю галузь та відповідну систему управління нею. Продовжуючи в цьому ключі, зазначимо, що оцінювання ефективності публічного управління - це не що інше як процедура, яка дозволяє порівнювати результати ухвалення управлінських рішень з критеріями, які відображають цінності, інтереси, цілі, норми, що знайшли своє офіційне визнання через стандарти, настанови, закони [1].

В процесі такого оцінювання виявляються протиріччя, суперечності між суб'єктивними та об'єктивними чинниками публічного управління.

Очевидно, що цілі оцінювання будуть обиратися відповідно до потреб управлінської практики. Самооцінювання є безперервним процесом порівняння діяльності публічної влади (результатів виконання прийнятих програм, проектів, розроблених стратегій, концепцій) із цілями, завданнями стандартами з метою прийняття адміністративних змін.

Науковцями виділяються наступні цілі для оцінювання: перша - з'ясування наслідків роботи органів влади задля їх оприлюднення. Оцінювання в цьому випадку розглядають як аналітичну роботу (тобто, це збирання, аналіз, тлумачення, інформування на загальне щодо економічності, ефективності проведення політики, виконання програм чи проектів); друга - створення інформаційного підґрунтя для вибору серед альтернативних програм рішень, особливо, якщо вони коштовні, важливі, необхідно знайти докази успіху чи навпаки невдачі; третя - виявлені суспільні проблеми, які необхідно обговорити та згодом прийняти щодо них певні адміністративні рішення. На практиці цілі оцінювання зводяться до вивчення виконання адміністративних рішень прийнятих програм, реалізації затвердженого напряму політики. Сам процес оцінювання публічного управління складається із наступних етапів (див. рис. 1.2) [30].

У процесі оцінювання важливу роль відіграють критерії, які визначають як підстави для оцінки чогось, так зване «мірило». Тож, критеріями ефективності публічного управління вважають: оцінку посадовців, управлінські рішення органів влади, управлінські системи в контексті якості управління, його відповідності висунутим суспільством потребам. Наглядними даними про результати будь-якої роботи є показники, на підставі яких підводяться певні висновки. Показниками є певним чином згруповані дані, на підставі яких формуються судження. В нашому випадку критеріями суспільної ефективності рахуються встановлені еталонні характеристики публічного управління в галузі медицини, вони слугують основою для оцінювання та порівняння. А от показниками оцінювання суспільної ефективності є фактичні управлінські характеристики в даній сфері. Вони підпадають під вимірювання та порівняння до обраних критеріїв [22].

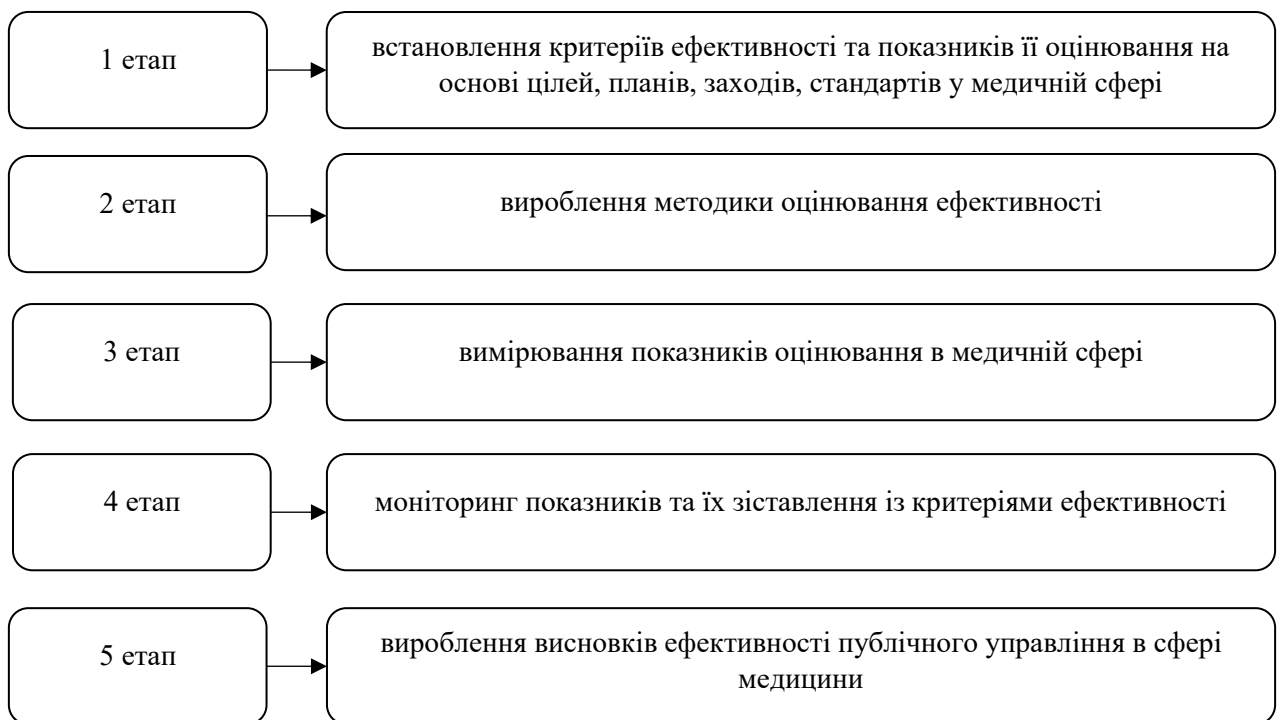


Рисунок 1.2 - Основні етапи оцінювання ефективності публічного управління в галузі медицини

Джерело: [30]

Щоб виміряти показники оцінювання необхідно провести моніторинг, тобто безперервне спостереження. Існує змістовне тлумачення поняття моніторинг, яке в нашому випадку в контексті публічного управління, варто розуміти як регулярний моніторинг, аналіз стану підконтрольного об'єкта та порівняння зібраних даних спостережень, даних з метою отримання об'єктивно обґрунтованого уявлення щодо стану та тенденцій змін відповідно досліджуваного об'єкту [1].

Уточнимо, що моніторинг проводиться періодично за певною процедурою, з урахуванням очікуваних або неочікуваних наслідків, процесів, що відбуваються в досліджуваних об'єктах із фіксацією їх змін в часі та просторі. Тобто, слід підвести підсумок про те, що моніторинг, як інформаційна система, що функціонує за спеціальним алгоритмом, має чітку спрямованість прикладного значення, його метою є виявлення відповідності у певних процесів в об'єктах управління, очікуваним, бажаним результатам чи певним припущенням, а також передачу результатів оцінювання до органів влади. Саме за допомогою моніторингу вимірюється ступінь виконання завдань, прийнятих у програмах, рівень прогресу просування по шляху змін. Моніторинг в ході оцінювання ефективності публічного управління в галузі медицини - це спеціальне, постійне встановлення та фіксування показників, оцінювання, спрямоване на виявлення міри їх відповідності прийнятим, затвердженим критерієм суспільної ефективності в галузі охорони здоров'я та управління нею [1].

1.2. Загальні засади формування системи управління охороною здоров'я

В існуючій на тепер комплексній системі охорони здоров'я населення України, як держави виділяють окремі відомства медико-соціального забезпечення, як структурні елементи, а також органи та установи медико-соціального обслуговування, як безпосередні функціональні елементи.

Перераховані елементи системи пов'язані між собою за рахунок постійного обміну інформацією. Окрім цього, всі учасники медико-соціального захисту населення розмежовані за функціями та компетенціями.

В Україні задекларована система охорони здоров'я формується з дотриманням вимог та рекомендаціями ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП та інших міжнародних положень про права людини. Відповідно до вимог проголошується відповідальність держави, громадськості за охорону здоров'я населення, забезпечення підготовки професійних кадрів, за проведення лікувальної та профілактичної роботи медичними, санітарно-профілактичними установами та службами, створення мережі медичних установ, надання загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги, створення доступності до досягнень світової науки і практики в галузі медицини, організацію санітарної просвіти громадянам, залучення населення до реалізації програм збереження здоров'я [39].

Опрацьовуючи нормативну законодавчу базу, яка покладена в основу регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я в Україні, нами з'ясовано основні принципи за якими розбудовується галузь охорони здоров'я.

По-перше, медицина, як сфера діяльності визнана пріоритетним напрямом розбудови самостійної та незалежної країни, підґрунтям життєстійкості нації України, як держави. По-друге, в галузі надання медичних послуг держава гарантує дотримання прав і свобод індивідів. По-третє, надання медичних послуг має гуманістичну спрямованість, забезпечує пріоритет загальнолюдських цінностей. Цей процес слугує медико-соціальному захисту незахищених верств населення. По-четверте, через функціонування медичної системи держава реалізує основні принципи побудови демократичного, загальноєвропейського суспільства в якому забезпечується рівноправність громадян, демократизм і доступність медичного супроводу (допомоги) та інше [7].

Характерною рисою організації медичної системи в Україні є спрямованість на впровадження сучасних стандартів збереження здоров'я і медичної допомоги, що затверджені всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в поєднанні досягнень вітчизняних традицій і досягнень світового досвіду з відповідністю сучасним викликам, матеріально-технічній базі, фінансовій забезпеченості [7].

Формування сучасної системи охорони здоров'я в Україні має носити попереджувально-профілактичний характер, забезпечувати за змістом екологічний, соціальний, медичний підхід, поєднувати державні гарантії із демонополізацією і заохоченням підприємництва. В майбутньому, після відміни військового стану посилиться децентралізація державного менеджменту, відбудеться відродження самоврядування деяких медичних закладів, розшириться сфера самостійності працівників у медичних установах на декларованій правовій та договірній основі [25].

Відтак, викладене приводить до висновку про те, що вітчизняна система охорони здоров'я будується із врахуванням об'єктивних обставин багатокладності економіки, багатоканального фінансування, розвитку самоврядування в установах демонополізації, державного управління в галузі. Окрім зазначеного, слід зауважити, що попри всі новітні вектори змін в галузевому середовищі, управління в галузі відбувається під проводом Міністерства охорони здоров'я, ширина і глибина компетенції якого регламентується затвердженим Кабінетом Міністрів України положенням та інших центральних органів виконавчої влади, які дотичні до галузі медицини, бо реалізують державну стратегію забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, державну політику нагляду за якістю та безпечністю медичних препаратів, державний підхід до протидії розповсюдженню соціально небезпечних захворювань.

Для реалізації повноважень спеціально уповноваженого центрального органу державної виконавчої влади в межах галузі охорони здоров'я залучаються місцеві державні адміністрації. Безпосередньо охорона здоров'я

населення в Україні забезпечується медичними закладами за профілями: санітарно-профілактичний, лікувально-профілактичний, фізкультурно-оздоровчий, санітарно-курортний, аптечний, науково-медичний та інші. В структурі системи закладів медичного спрямування динамічні зміни та оновлення відбуваються під впливом дієвих чинників, як от соціальної спрямованості управлінських рішень на рівні держави, регіону, міста та інше, рівень соціально-економічного розвитку самої країни, а також окремо взятих її регіонів, потреби в реалізації таких фундаментальних принципів як соціальна справедливість та доступність до інноваційних медичних послуг вітчизняного та світового рівнів, рівня наукового забезпечення, вирішення проблем охорони здоров'я, тощо [12].

Як суб'єкти господарювання, медичні заклади з охорони здоров'я засновуються у формі підприємства, установи, організації різних форм власності, приватними особами за умови наявності необхідної фінансової, технічної, матеріальної бази та кваліфікованих робітників. Процедура заснування, реєстрація, акредитації та ліцензування - типова та виписана в законодавчих документах України. Діяльність вчиняється на підставі зареєстрованого статуту.

В сучасних умовах більшість медичних закладів з охорони здоров'я в Україні представляють державний сектор. Це саме та сукупність установ державної, комунальної форми власності, на яких покладено обов'язок із забезпечення охорони здоров'я громадян країни на національному та місцевому рівнях.

Державний сектор охорони здоров'я в організаційному сенсі слід розглядати в галузевому та адміністративно-територіальному розрізі. Галузевий підхід до характеристики цього сектору дозволяє зрозуміти, який спектр діяльності держави в медичній галузі. За наявною інформацією виділяємо наступні структурні чотири форми державної діяльності: пропозиція медичної допомоги основним споживачам (населенню держави), гарантування та реалізація санітарно-епідеміологічного благополуччя,

розробка та виготовлення медикаментозних засобів, здійснення науково-дослідницької роботи. Система різнопрофільних медичних закладів державного сектору є базовими ключовими постачальниками медичних послуг, які надаються населенню [37].

Враховуючи стратегічну мету: наблизити медичні послуги безпосередньо до споживача (населення) в адміністративно-територіальному розрізі, розрізняють наступні рівні лікувально-профілактичної допомоги:

- первинна медико-санітарна допомога. Це передбачає надання консультації медиками загальної практики та сімейної медицини для виконання діагностики та терапії найпоширеніших хвороб, а також за необхідністю спрямування пацієнта до лікаря вузького профіля для отримання спеціалізованої допомоги або для проведення заходів профілактичного змісту;

- вторинна (спеціалізована) медична допомога. На цьому рівні проводиться висококваліфіковане консультування лікування, профілактика лікарями спеціалістами певного профілю;

- третинну медичну допомогу, а це високоспеціалізована допомога, надають групи лікарів, які пройшли підготовку в галузі складних та рідкісних захворювань, як з діагностики, так і лікування. Таку допомогу надають у діагностичних і медичних центрах, спеціалізованих та багатпрофільних лікарнях, диспансерах. Первинну та вторинну допомогу медичного змісту пацієнти отримують в амбулаторіях, поліклініках, міських центральних районних лікарнях [1].

В Україні останні 10 років ведеться реформування системи охорони здоров'я. За думками експертів держава трансформує організаційно-економічний механізм формування та використання наявних ресурсів. Характерною рисою сучасної трансформації медичної галузі є створення ринкового середовища, побудова відповідної моделі організації та управління охороною здоров'я населення в кризових умовах сьогодення.

Діюча модель організації та управління системою охорони здоров'я не може бути незмінною. Якщо змінюється середовище має змінюватися модель організації та управління в галузі. Ці зміни охоплюють всі три наявні сфери суспільного життя, які взаємопов'язані між собою, а саме сферу державного менеджменту медичної галузі, сферу турботи про здоров'я населення, що більше покладається на громадську самоорганізацію та сферу професійної медичної діяльності. Отже, динамічні зміни в галузі медицини мають будуватися на фундаменті єдності та взаємодії держави, професійно згуртованого медичного персоналу та громадських інтересів [15].

Існує досвід перебудови медичної сфери в європейських країнах. Його необхідно досліджувати і в міру можливості використовувати. Цікавий зарубіжний досвід тим, що в ньому державне управління є основою, ринку відводиться другорядна роль. Держава виступає гарантом захисту не тільки населення а й самих лікарів та молодшого медичного персоналу. Провідні медичні заклади знаходяться у власності під контролем держави.

А ось у Фінляндії, Данії, Британії в базовій моделі охорони здоров'я передбачене для громадян країни відшкодування витрат на медичні послуги із державного бюджету. Швеція турботливо асигнує із бюджету на медичні потреби, але разом із тим веде кропітливий контроль за витратами на здоров'я кожного зайнятого в економіці країни, розвиває організовану ініціативу щодо підвищення відповідальності за збереження здоров'я. На відміну від країн розвиненої Європи в США модель системи охорони здоров'я ґрунтується на громадській самоорганізації, високій вартості медичних послуг, непохитному високому авторитеті американської платної медицини, особистої персональної відповідальності лікарів за надання медичних послуг, за обсягом, якістю та вчасності. Ринковий механізм організації системи медичних послуг в цій країні має свої недоліки обмежена доступність для незахищених верств населення, висока вартість страхівки медичного спрямування, обмеженість державних установ, можливості надання медичних послуг через неконкурентоспроможність [38].

Підводячи підсумки дослідження поставленого питання констатуємо:

- Україна розбудовує національну систему охорони здоров'я, в реалізації якої беруть участь різні сектори національного господарства і управління;

- розбудова сучасної галузі медичних послуг знаходиться під впливом кризових явищ: війни, демографічного спаду, інтенсивної міграції, руйнації економіки та інших факторів;

- існують форми і методи управління розбудовою вітчизняної системи охорони здоров'я, які необхідно враховувати, в першу чергу, вбачаючи в них ефективні інструменти менеджменту в сучасних реаліях життя українського суспільства;

- до пріоритетних форм та методів менеджменту системи охорони здоров'я населення на теренах України відносять соціальні чинники, тобто рішення державних, регіональних та місцевих органів влади, що мають соціальну спрямованість та економічні фактори - мова йде про рівень економічного розвитку країни, в цілому, та регіонів зокрема;

- розбудова системи охорони здоров'я має сприяти реалізації принципів соціальної справедливості та доступності для громадян країни, мати гуманістичну спрямованість, орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я і медичної допомоги, забезпечувати поєднання вітчизняного досвіду і світового у галузі здоров'я [3, 18, 35, 40].

Створена модель системи охорони здоров'я в Україні постійно вдосконалюється на всіх трьох рівнях: державному, громадянській самоорганізації та професійному. Спрямованість трансформації спонукається об'єктивними обставинами в економічній, політичній та соціальній сфері суспільного буття.

1.3. Теоретичні підходи щодо формування механізму функціонування закладів охорони здоров'я

Ефективний механізм функціонування закладів охорони здоров'я має синергетично поєднуватися з державним механізмом регулювання в певній сфері діяльності, основою якого є забезпечення рівноважного попиту та пропозиції. Зважаючи на конституційне право, закріплене за громадянами України щодо надання їм медичної допомоги в галузі охорони здоров'я, зауважимо, що в Україні сформований обсяг медичної допомоги, який доступний населенню завдяки використанню коштів державного бюджету та фінансуванню в рамках обов'язкового медичного страхування. Окрім цього, зважаючи на задекларовану доступну, безоплатну медичну допомогу, важливим виступає затвердження на національному рівні якісних стандартів медичної допомоги та обґрунтований на державному рівні порядок ціноутворення і взаєморозрахунок між державними та місцевими органами охорони здоров'я, із залученням фондів обов'язкового медстраху.

На сьогодні, зважаючи на невизначеність зовнішнього середовища, варто виважено формувати державну політику в галузі охорони здоров'я, формуючи систему, здатну відповісти на виклики, що формуються в сфері надання медичних послуг.

Наголосимо, що галузь охорони здоров'я має свою власну специфіку, якій інколи не притаманні класичні закони існування ринку. Наприклад, серед таких особливостей варто виділити: наявність інформаційного вакууму, а також певної викривленості інформації (нерівномірність та надання інформації для пацієнтів в неповному обсязі, що викликає незбалансований попит на медичні послуги); наявність ризикових та нестабільних факторів, які за умов функціонування неунормованих ринкових відносин призводять до появи великої кількості дрібних страхових компаній, що викликає неекономічність загальної системи медичного страхування, а також відсутність належного обґрунтування обсягів медичної допомоги та

рівню ризиків для здійснення діяльності в даній сфері; використання медичних послуг в неповному обсязі в тих ситуаціях, коли немає обов'язкової форми медичного страхування; необхідність дотримуватися принципу рівноправності, тобто надання медичної послуги, незалежно від соціального, фінансового чи правового статусу споживача (пацієнта); певні послуги медичного характеру мають статус суспільних благ і свій споживчий корисний ефект поширюють і на тих осіб, які не беруть участь у процесі медичного обслуговування, наприклад проведення профілактичних щеплень [36, 40].

Відповідно, зважаючи на згадані особливості, зауважимо, що сутність процесу державного управління, за умови встановлення ринкових механізмів в даній сфері, має опиратися на підхід системності, що базується на поєднанні організаційних складових підсистем механізму, насамперед функціональної, організаційної, соціальної, економічної, законодавчої, наукової, які дадуть змогу змодельовати та забезпечити наявність відповідних співвідношень, взаємозв'язків та субординації. В цьому ключі, особливо важливо на рівні держави забезпечити ефективне фінансово-економічне регулювання та здійснення подальшого контролю за використанням даного ресурсу, а також формування тих законодавчих передумов, які дадуть змогу зорієнтувати суспільство до подальшого розвитку медичної інфраструктури та переходу до її самоорганізації [23].

Маємо зауважити, що дана проблематика знаходиться в полі зору вчених, що вважають відсутність єдності щодо трактування категорій права в медичній сфері однією із основоположних причин низького рівня досліджень в сфері механізму державного регулювання галузі охорони здоров'я на сьогодні.

На нашу думку, для здійснення ґрунтовного дослідження варто спочатку сформулювати уявлення про категоріальний апарат даної проблематики, давши визначення його основним складовим, які відображено на рис. 1.3 [23].

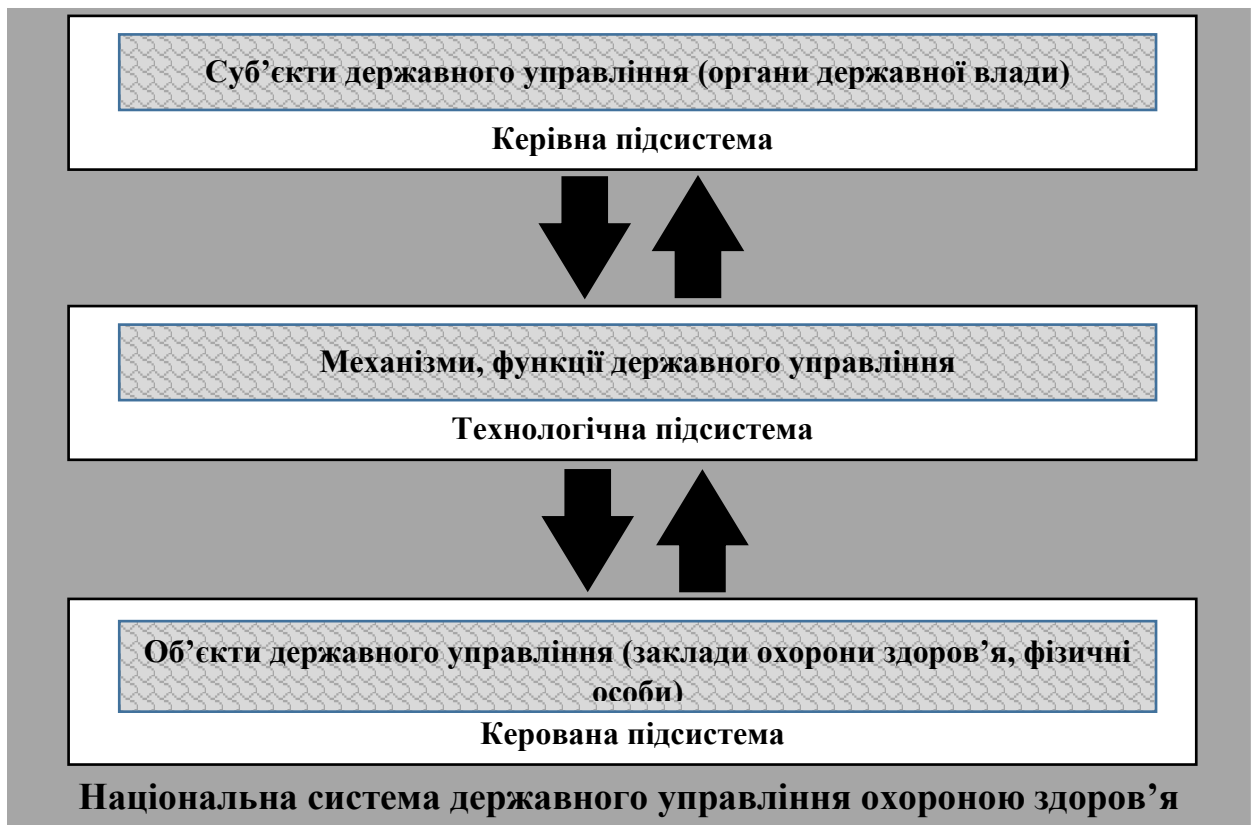


Рисунок 1.3 - Структура системи забезпечення державного регулювання галузі охорони здоров'я

Джерело: [23]

Власне механізм державного управління системою охорони здоров'я, за своєю сутністю, є сукупністю станів та реалізації процесів системного впливу держави на суб'єкти національної медичної системи, за рахунок використання засобів, важелів, стимулів та практичних ініціатив у сферах економіки, політики, соціальної сфери, права та організаційного управління. Зокрема, спираючись на вище зазначене, можна виокремити наступні його складові, насамперед, інформаційну, фінансово-економічну, нормативно-правову, організаційну, матеріально-технічну, психологічну. Остання, на нашу думку, є способом формування у населення позитивного сприймання, а також підтримки щодо питань реалізації сформованого механізму управління системою охорони здоров'я. Окрім цього, як і в загальній науці про управління в медичній сфері, система державного управління поділяється на три підсистеми: керівну, технологічну і керовану див. рис. 1.3. [23]/

Маємо зазначити на наявність в сформованого механізму державного управління медичною сферою його функціональних і галузевих особливостей. Відповідно, його складові мають враховувати специфічні властивості медичної системи, а також сформовані закономірності її цілісного розвитку. За умови деконцентрованості медичної системи, необхідним постає вдосконалення координаційних процесів, а також забезпечення міжгалузевого підходу щодо налагодження системи менеджменту охорони здоров'я за рахунок проведення структуризації наявного нормативно-правового базису щодо надання послуг медичного характеру населенню. З цієї точки зору, нами відображено механізм регулювання ринку надання медичних послуг на рис. 1. 4 [23].

Зважаючи на зарубіжний досвід реформування охорони здоров'я, зміни проведені в системі державного управління медичною сферою були спрямовані на підтримання позиції загальнодержавного охоплення населення медичними послугами, концентрацію контролю з боку державних інституцій над загальними витратами в даній сфері, залучення міжнародного досвіду організації управління закладами охорони здоров'я, їх адаптація під українські реалії та формування паралельної системи надання приватних медичних послуг закладами, що створили конкурентні умови в галузі охорони здоров'я. Зокрема, маємо відзначити на проведення реформи децентралізації в медичній сфері, розширення можливостей до її саморегуляції за рахунок формування нового розподілу праці між державою та ринком. Такий підхід дав змогу сформувати посилення урядової відповідальності за забезпечення фінансування медичної сфери, забезпечення справедливого розподілу фінансів за рахунок впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», врахування ринкових принципів під час побудови механізму управління галузі охорони здоров'я, врахування принципів відкритості та адекватності інформації, тощо [38].

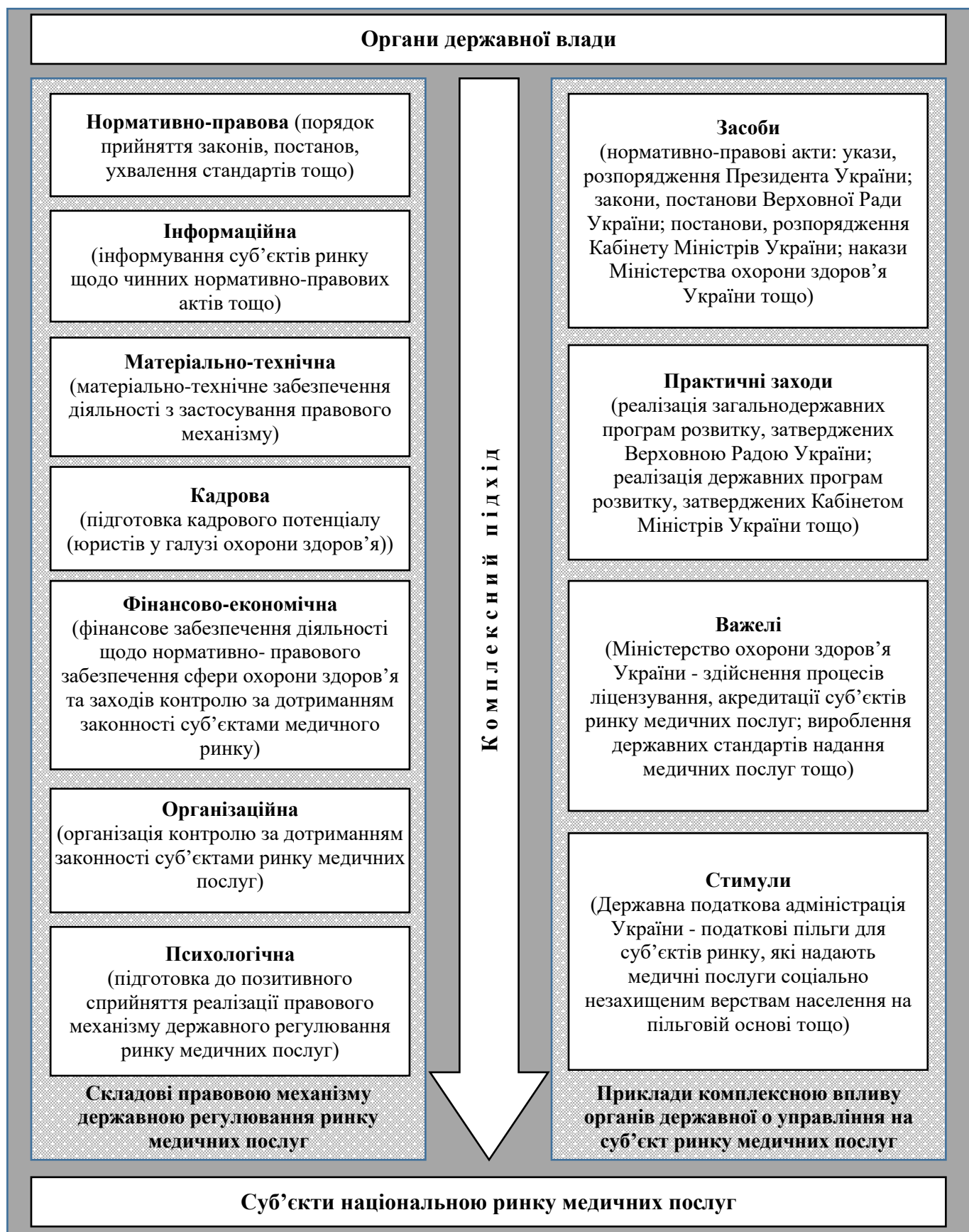


Рисунок 1.4 - Механізм публічного регулювання ринку охорони здоров'я

Джерело: [23]

Маємо зауважити, що опираючись на світовий досвід, більшість систем охорони здоров'я базується на поєднанні контрольованих державою напівдержавних та приватних медичних установ, а також тісні взаємодії ринкових суб'єктів в медичній сфері, які надають послуги медичного, інформаційного та страхового характеру.

Так, з лютого 2022 року Україна переживає складні соціальні, економічні, політичні, інфраструктурні та демографічні зміни. Об'єктивні обставини, зазначені нами перешкоди, що виникли в зв'язку з ними, суттєво позначились на діяльності наявної системи охорони здоров'я, органів управління охороною здоров'я, мережі лікувальних медичних установ, закладів профілактичної медичної роботи. Повномасштабна війна призвела до великої втрати медичної інфраструктури, яка не підлягає відновленню. Загинули фахівці вищого рівня – медики, парамедики. В таких умовах важливим пріоритетом публічної політики України стало збереження та укріплення здоров'я населення на базі забезпечення доступності домедичних послуг та підвищення якості усієї медичної системи країни.

Для забезпечення діючої системи охорони здоров'я, важливим фактором є підтримка розвитку мережі медичних закладів з боку держави. Самі умови функціонування медичних закладів спонукають до зростання ролі держави: економічна криза, збільшення витрат на медичне обслуговування, формування тенденції до підвищення вартості надання медичних послуг, які в свою чергу залежать від освоєння нових інноваційних технологій, залучення фахівців вищого кваліфікаційного рівня, тощо [28].

В таких умовах виникають підстави для розвитку конфлікту інтересів, розбіжностей між обмеженими фінансовими ресурсами держави і потребами для забезпечення підвищення якості та доступності медичних послуг для населення. Розпочата медична реформа на першому етапі оновила законодавчу базу системи охорони здоров'я. Наступним етапом стала запроваджена програма щодо функціонування системи надання первинної допомоги медичними установами. Держава в реформованій системі охорони

здоров'я переходить до бюджетних закупівель медичних послуг, відмовившись утримувати за бюджетний кошт заклади медичного профілю, які надавали безоплатні послуги. Це і є власне той новий принцип фінансування медичних організацій, про який було зазначено раніше [28].

Цільове призначення реформи у галузі медицини - це модернізація процесів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я та вдосконалення юридичних відносин в площині забезпечення державно-управлінських стосунків [39].

Не варто заперечувати, що існує досить велика кількість факторів негативного змісту, які понижують ефективність від впровадження реформи, що загострює проблеми, пов'язані із розвитком медичних установ, задоволення інтересів працівників організацій суперечать уявам про реформу у громадян. Окрім вказаного, слід врахувати негативні моменти, які виникають в умовах обмеженості галузі в бюджетних коштів. Мова йде про підвищення рівня незадоволеності населення, прискорення розвитку приватної медицини з її високими цінами на медичні послуги та високим рівнем сервісного обслуговування.

Стосовно державної підтримки розвитку медичних закладів зауважимо, це важливий елемент національної системи охорони здоров'я, який створює доступність та якість медичних послуг населенню, послаблює нерівність у доступі до можливості отримання меддопомоги. Самодержавна соціальна політика зменшує витрати на охорону здоров'я завдяки раціональній організації та координації медичного обслуговування. Доречно наголосити, що ситуація із обмеженістю фінансування ефективного процесу охорони здоров'я загрожує неможливості підвищення якості надання медичних послуг споживачам [12].

Як вже зазначалось, державна підтримка розбудови реформованої медичної галузі є важливою складовою формування механізму управління закладами медичної сфери, а також національної безпеки України в цілому. Тому, ефективна програма такої значимої підтримки може забезпечити: по-

перше, розвиток медичної інфраструктури; по-друге, залучення, збереження висококваліфікованого персоналу; по-третє, зниження фінансових витрат на медичну допомогу населенню; по-четверте, зробити медичні послуги всім громадянам країни доступними в рівній мірі. Але що саме важливо, в контексті роботи, державна підтримка має бути розроблена саме так, щоб сформувався ефективний механізм управління медичними установами та надавалась медичні послуги високої якості за стандартами світового ринку медичних послуг, не спостерігалась нестача медичного персоналу обладнання та матеріалів [16].

Реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я затримується у зв'язку із рядом перешкод, які виникають та спричиняють суперечності. В той же час, спираючись на досвід різних країн світу, зауважимо, що кожна країна накопичує свій власний, стосовно підтримки державної системи охорони здоров'я.

З огляду на зарубіжні позитивні практики, Україна може розробляти та втілювати у вітчизняну ті найкращі регулюючі стандарти для медичних установ, просувати правила та норми їх використання, на базі реально працюючої мережі медичної галузі. Можуть бути розроблені спеціальні програми фінансової допомоги для тих медустанов, що обслуговують малозабезпечених громадян, пацієнтів з інвалідністю, дітей, тощо. Держава може активізувати підтримку впровадження новітніх технологій у розвиток мережі електронної медицини, ініціювати впровадження різних механізмів нагляду за використанням виділених фінансових ресурсів. Узагальнення зарубіжних практик державної підтримки розвитку медичної галузі дає змогу виокремити наступні пріоритетні напрями щодо поліпшення механізму управління галузі охорони здоров'я: формування оперативного інформаційного механізму раннього попередження ризиків для здоров'я, стимулювання та розвиток практикоорієнтованої підготовки здобувачів у сфері медицини, будівництво модульних лікарень різного призначення.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КНП «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»

2.1. Організація управління КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради»

КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради» є одним з опорних медичних закладів регіону, який забезпечує комплексну медичну допомогу населенню. Його діяльність спрямована на надання високоякісних медичних послуг, які відповідають сучасним стандартам, та організацію профілактики, діагностики, лікування й реабілітації пацієнтів. Завдяки розвинутій інфраструктурі, багатопрофільності підрозділів і професійній команді фахівців лікарня виступає ключовим елементом системи охорони здоров'я міста, сприяючи підвищенню рівня здоров'я населення та задоволенню його медичних потреб.

До складу КНП «ЦМЛ КМР» відносять стаціонар №1, стаціонар №2, поліклініка по вул. Кропивницького, а також відділення стоматологічної допомоги дорослим.

Структура КНП «ЦМЛ КМР» охоплює численні підрозділи, кожен із яких виконує свою специфічну функцію, забезпечуючи повноцінне функціонування закладу. Лікарня має адміністративно-управлінський персонал, господарсько-обслуговувальні служби та допоміжні відділи, такі як кадровий відділ, бухгалтерія, відділ закупівель та інші. Для забезпечення якості надання медичних послуг функціонує відділ з контролю якості, інформаційного аналізу та медичної статистики, а також відділ інфекційного контролю (див. Додаток А).

У лікарні працюють клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічне відділення, включаючи кабінети ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії, а також зуботехнічна лабораторія. Стаціонарний блок

представлений двома стаціонарами: №1 на 225 ліжок і №2 на 155 ліжок, кожен із яких має спеціалізовані відділення, зокрема терапевтичні, кардіологічні, ендокринологічні, інфекційні, неврологічні та паліативні відділення. Відділення інтенсивної терапії забезпечує надання висококваліфікованої допомоги пацієнтам із критичними станами. У структурі також передбачені спеціалізовані реабілітаційні відділення, що займаються відновленням пацієнтів після неврологічних порушень та інших захворювань.

Поліклініка лікарні пропонує широкий спектр амбулаторних послуг із кабінетами для різних спеціальностей, таких як кардіологія, ендокринологія, неврологія, інфекційні захворювання, офтальмологія, отоларингологія, стоматологія тощо. Тут функціонують кабінети профілактики, лікарсько-консультативної комісії та мобільної паліативної допомоги. Окрему роль відіграє відділення стоматологічної допомоги для дорослих.

Завдяки такій структурі лікарня забезпечує комплексну медичну допомогу — від діагностики та лікування до реабілітації та паліативної підтримки, створюючи умови для якісного медичного обслуговування населення.

Маємо зауважити, що КНП «ЦМЛ КМР» пропонує певний спектр платних послуг, які забезпечують доступність сучасної медичної допомоги для населення. Однією з основних послуг є проведення попередніх та періодичних профілактичних медичних оглядів, які дозволяють своєчасно оцінити стан здоров'я та виявити потенційні ризики.

Клініко-діагностична лабораторія закладу виконує широкий перелік лабораторних досліджень для пацієнтів без направлення лікаря, що забезпечує зручність та оперативність отримання необхідних аналізів.

Серед послуг для підтримки здоров'я та відновлення функцій організму пропонуються масаж, лікувальна фізична культура та фізіотерапевтичні процедури. Ці методи сприяють реабілітації, зняттю м'язової напруги та поліпшенню загального самопочуття.

Ультразвукова та рентгенологічна діагностика, включаючи комп'ютерну томографію, проводяться на сучасному обладнанні, що гарантує точність досліджень. Також доступні консультативні послуги, які надаються лікарями різних спеціальностей для громадян, які звертаються за медичною допомогою.

Медичний заклад забезпечує якісні лікарські маніпуляції, які виконує досвідчений персонал. Терапевтична, хірургічна та ортопедична стоматологія пропонують повний спектр стоматологічних послуг, які включають лікування, видалення зубів та виготовлення протезів.

Зокрема, можемо проаналізувати статистику діяльності КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр. у розрізі її основних показників.

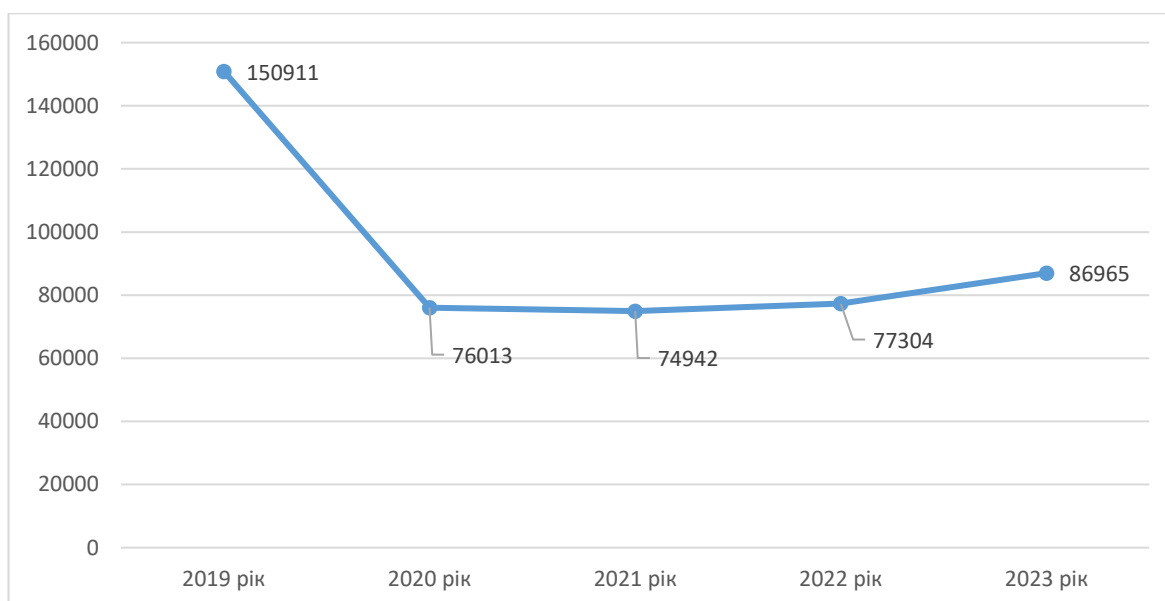


Рисунок 2.1 – Динаміка відвідувань КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

Джерело: складено за матеріалами додатків Б-Е

Як ми бачимо, у 2019 році кількість відвідувань КНП «ЦМЛ КМР» була найвищою – сягнула 150911 разів. Однак у 2020 році кількість відвідувань різко впала до 76013, що на 49,6% менше, ніж у 2019 році, що пояснюється розгортанням пандемії та скороченням прийому пацієнтів заради підтримки безпеки. Відповідно, тенденція до зниження продовжилась

у 2021 році, а кількість відвідувань зменшилася до 74942, що на 1,4% менше, ніж у попередньому році. У 2022 році кількість відвідувань почала відновлюватися, збільшившись до 77304, що на 3,1% більше, ніж у 2021 році, однак початок воєнних дій сприяв відтоку пацієнтів та скороченню відвідувань загалом. У 2023 році кількість відвідувань значно зросла, зокрема до 86965, що на 12,4% більше, ніж у попередньому році, проте не досягла рівня 2019 року.

Аналогічною є динаміка використання ліжкового фонду лікарні (див. рис. 2.2.).

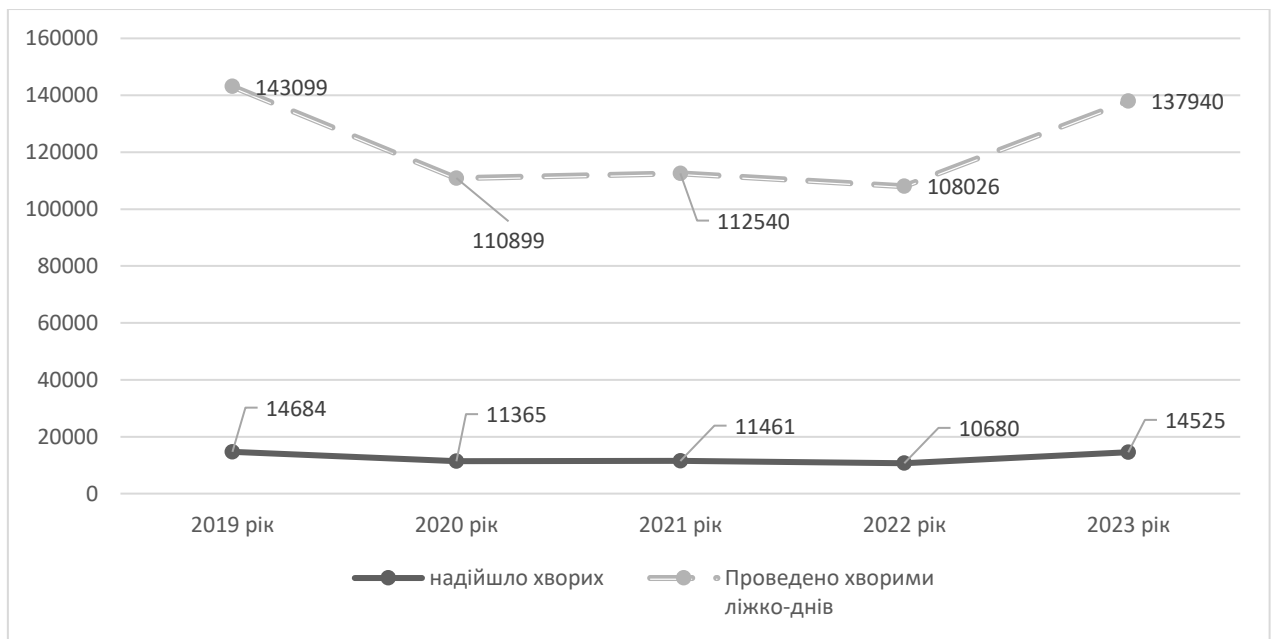


Рисунок 2.2 – Динаміка використання ліжкового фонду КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

Джерело: складено за матеріалами додатків Б-Е

У 2019 році кількість госпіталізованих хворих була найвищою – 14684 осіб, а відповідно і число проведених ними ліжко-днів – 143059. Із причин обмеження госпіталізації у зв'язку із пандемією у 2020 році обидва показники суттєво знизилися. Кількість госпіталізованих зменшилася до 11365 осіб, приблизно на 22,7% менше, ніж у 2019 році, а сумарна кількість проведеного ними часу у стаціонарі впала до 110899, що на 22,5% менше, ніж у попередньому році. Така ж тенденція продовжилась у 2021 році.

У 2022 році кількість хворих, що були госпіталізовані до зменшилась до 10680 осіб, а загальний час госпіталізації становив 108026 ліжкоднів.

Лише у 2023 році фіксуємо висхідну траєкторію госпіталізованих осіб до 14525, що приблизно на 36,1% більше, ніж у попередньому році та майже рівне показнику 2019 р., а ось тривалість проведеного часу в лікарні, хоч і зросла у порівнянні з 2022 р. до 137940 ліжкоднів (приблизно на 27,8%), в загальному підсумку свідчить про скорочення перебування пацієнтів в стаціонарі в цілому у порівнянні із 2019 роком.

Загалом, графік ілюструє період значного зниження як відвідувань пацієнтів, так і щоденних процедур між 2019 і 2021 роками, з подальшим поступовим відновленням у 2022 році та більш вираженим зростанням у 2023 році, хоча показники 2023 року для обох показників залишалися нижчими за пікові рівні 2019 року.

Маємо зауважити, що управління КНП «ЦМЛ КМР» побудоване, спираючись на чітку ієрархію, яка забезпечує ефективну координацію роботи закладу та оптимальний розподіл функцій між керівними особами. Генеральний директор є головною фігурою в адміністрації, відповідаючи за загальну стратегію розвитку, прийняття ключових рішень та контроль за їх реалізацією.

Медичний директор організовує діяльність усіх підрозділів, що надають медичну допомогу, координує роботу клінічного персоналу та забезпечує відповідність медичних послуг стандартам якості. Йому підпорядковані кілька заступників, кожен із яких відповідає за окремий напрямок.

Заступник медичного директора з терапії зосереджується на забезпеченні якісного надання терапевтичної допомоги. Заступник з амбулаторно-поліклінічного розділу роботи контролює роботу поліклінічного підрозділу та здійснює експертизу тимчасової непрацездатності пацієнтів. Заступник з організаційно-методичної роботи та

контролю якості займається розробкою та впровадженням стандартів і методик для оптимізації медичних послуг, а також моніторингом їх якості.

Економічний блок очолює заступник генерального директора з економічних питань, який забезпечує фінансову стабільність закладу, планування бюджету та контроль за використанням коштів. Технічні аспекти діяльності координує заступник генерального директора з технічних питань, відповідальний за матеріально-технічну базу, інфраструктуру та їх належний стан.

Головний бухгалтер веде фінансову документацію, здійснює контроль за обліком і звітністю. Правовий супровід діяльності закладу забезпечує заступник генерального директора з правових питань, який відповідає за юридичну підтримку, дотримання законодавства та захист інтересів лікарні.

Злагоджена робота адміністративної команди дозволяє закладу ефективно функціонувати, забезпечуючи високий рівень медичних послуг і належний управлінський контроль.

2.2. Кадровий аналіз «ЦМЛ КМР»

Кадровий аналіз виступає важливим елементом оцінки діяльності КНП «ЦМЛ КМР», оскільки людські ресурси мають ключову роль у реалізації якісного медичного обслуговування. Аналіз кадрового складу дозволяє визначити рівень укомплектованості персоналом, його кваліфікаційний рівень, структуру за віковими та професійними категоріями, а також виявити можливі проблеми, пов'язані з плинністю кадрів чи дисбалансом у навантаженні. Результати такого аналізу є основою для розробки заходів із підвищення ефективності роботи персоналу та вдосконалення управління людськими ресурсами в закладі.

Вважаємо за доцільне провести аналіз кадрового складу для розуміння основоположних напрямів удосконалення управлінських процесів в закладі.

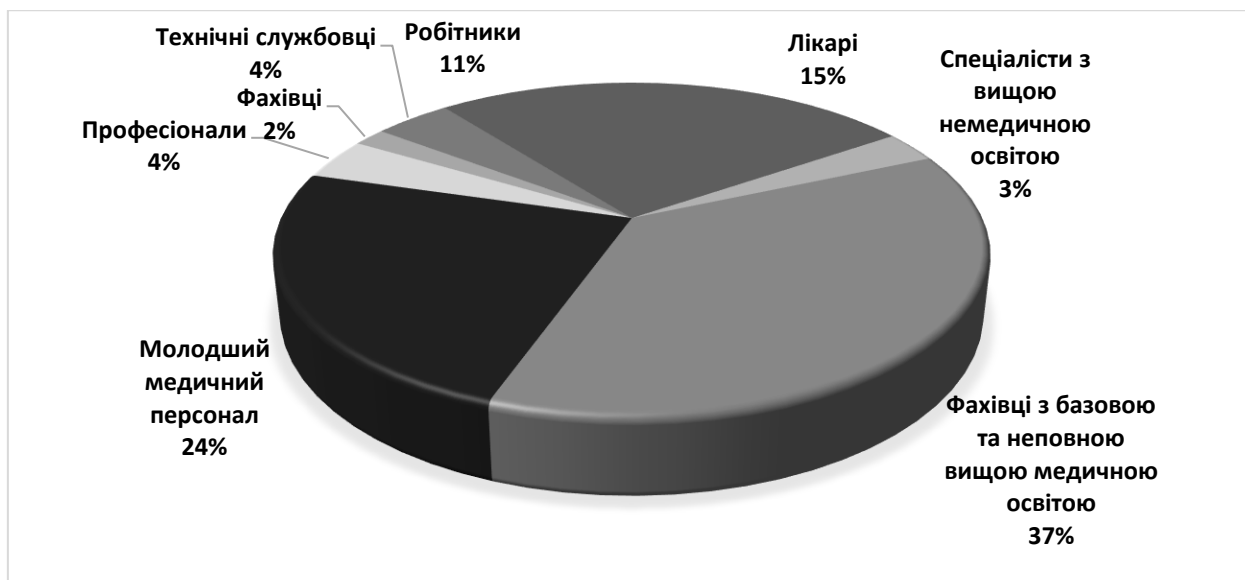


Рисунок 2.3 – Структура штату КНП «ЦМЛ КМР», станом на 01.01.2024 р.

Джерело: складено за матеріалами додатку Е

Як ми можемо бачити з рис. 2.3. в штаті КНП «ЦМЛ КМР» на початок 2024 року найбільшу питому вагу займали посади, фахівців з базовою або неповною вищою освітою, іншими словами середній медперсонал (37%), на другому місці в структурі штату – молодший медичний персонал (24%) і на третьому – лікарі (15%). В своїй сукупності чисельність працівників з категорії інший персонал становить 21% від загальної структури штату, а найчисельнішою є категорія робітників (11%). Питома вага спеціалістів з немедичною освітою становила 3%.

В той же час доцільним вважаємо провести детальний аналіз динаміки персоналу КНП «ЦМЛ КМР», що відображено нами в табл. 2.1.

Проаналізувавши динаміку змін персоналу КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр., можна відзначити наступні тенденції. Маємо зауважити на поступове зростання чисельності лікарського складу. Зокрема, у 2019 році було виокремлено 117,5 штатних посад, у 2023 році - вже 120,5 посад, що становить приріст на 2,6%. Аналогічну ситуацію спостерігаємо і з категорією спеціалістів з вищою неповною освітою – їх кількість суттєво зросла (майже в 3,75 рази) з 6 штатних одиниць у 2019 році до 22,5 одиниць у 2023 році., що

в цілому пов'язано із розширенням спектру послуг та потребою залучення вузькопрофільних фахівців.

Таблиця 2.1 – Динаміка персоналу КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр., в середньому за рік

| Найменування посад | Кількість посад у цілому в закладі | | у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації | | Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб |
|--|------------------------------------|----------|--|----------|--|
| | штатних | зайнятих | штатних | зайнятих | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2019 рік | | | | | |
| Лікарі, усього | 117.50 | 111.75 | 37.25 | 36.00 | 69.00 |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою | 6.00 | 6.00 | 2.00 | 2.00 | 5.00 |
| Середній медперсонал, усього | 350.75 | 345.50 | 101.50 | 100.50 | 268.00 |
| Молодший медперсонал | 220.25 | 219.75 | 37.25 | 37.25 | 194.00 |
| Інший персонал | 179.25 | 179.25 | 32.00 | 32.00 | 141.00 |
| 2020 рік | | | | | |
| Лікарі, усього | 99.25 | 92.00 | 24.75 | 21.50 | 54.00 |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою | 7.25 | 7.25 | 2.00 | 2.00 | 7.00 |
| Середній медперсонал, усього | 280.25 | 276.75 | 59.00 | 58.00 | 242.00 |
| Молодший медперсонал | 177.00 | 176.00 | 21.50 | 21.50 | 175.00 |
| Інший персонал | 141.00 | 140.50 | 20.50 | 20.50 | 116.00 |
| 2021 рік | | | | | |
| Лікарі, усього | 101.75 | 95.50 | 25.75 | 19.50 | 60.00 |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою | 10.00 | 9.00 | 4.25 | 4.25 | 8.00 |
| Середній медперсонал, усього | 277.75 | 274.75 | 63.25 | 63.25 | 227.00 |
| Молодший медперсонал | 175.25 | 173.25 | 21.50 | 21.50 | 163.00 |
| Інший персонал | 145.25 | 143.25 | 18.50 | 18.50 | 138.00 |
| 2022 рік | | | | | |
| Лікарі, усього | 107.25 | 104.75 | 24.25 | 22.75 | 73.00 |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою | 20.75 | 19.75 | 2.75 | 2.75 | 15.00 |
| Середній медперсонал, усього | 262.75 | 255.75 | 54.75 | 54.25 | 214.00 |
| Молодший медперсонал | 170.50 | 170.00 | 20.50 | 20.50 | 153.00 |
| Інший персонал | 136.25 | 136.25 | 18.00 | 18.00 | 128.00 |
| 2023 рік | | | | | |
| Лікарі, усього | 120.50 | 114.25 | 37.75 | 34.25 | 85.00 |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою | 22.50 | 18.75 | 5.75 | 5.25 | 17.00 |
| Середній медперсонал, усього | 276.75 | 268.75 | 78.00 | 74.50 | 246.00 |
| Молодший медперсонал | 179.75 | 179.00 | 25.75 | 25.50 | 161.00 |
| Інший персонал | 146.25 | 139.75 | 19.75 | 19.75 | 134.00 |

Джерело: складено за матеріалами додатків Ж-Л

Водночас, чисельність посад середнього медичного персоналу скоротилася на 21,1% – з 350,75 одиниць у 2019 році до 276,75 одиниць у 2023 році.

Аналогічна тенденція відбулась з кількістю штатних одиниць молодшого медперсоналу – їх кількість зменшилася на 18,4%, з 220,25 посад до 179,75 посад за аналізований період. маємо зауважити, що така оптимізація штатної структури спрямована на підвищення ефективності використання кадрових ресурсів закладу.

Щодо категорії посад іншого персоналу, то і їх чисельність скоротилася на 18,4% - з 179,25 штатних одиниць до 146,25, що теж можна пояснити загальною оптимізацією кадрового складу.

В той же час, важливо розуміти і показник укомплектованості штатів по закладу в цілому. Так, у 2019 році в КНП «ЦМЛ КМР» загальна кількість штатних посад становила 1179,25, із яких було зайнято 1122,25. Це свідчить про рівень укомплектованості штатів на рівні 95,16%. У 2023 році загальна кількість штатних посад складала 1204,25, із яких зайнятими були 1095,5. Рівень укомплектованості штатів у цьому році знизився до 90,97%. Таким чином, робимо висновок про зменшення рівня укомплектованості штатів на 4,19% за п'ятирічний період, що насамперед пов'язано із труднощами у залученні нових кадрів та змінами у структурі закладу.

В цьому розрізі вважаємо за необхідне висвітлити нестачу яких саме кадрів відчуває заклад. Зокрема, укомплектованість штату лікарів у 2019 р. становила на рівні 95,11%. У 2023 році рівень укомплектованості становив 94,81%, що менше на 0,3%. В той же час. Зауважимо, що якщо у 2019 році в штаті працювало 69 лікарів, то їх кількість у 2023 р. становила 85 осіб (на 23% більше), тобто зменшилось навантаження на 1 працівника, які в середньому працюють на 1,34 ставки, тоді як в 2019 р. цей показник становив 1,7 ставки. За категорією спеціалістів з вищою немедичною освітою зауважимо, що у 2019 р. укомплектованість становила 100%. Варто зазначити, що якщо у 2019 році в штаті працювало 6 спеціалістів, то у 2023

році їх кількість зросла до 17 осіб (на 183% більше), а кількість штатних посад в цей час зросла до 22,5, тож рівень укомплектованості знизився до 83,33%.

Укомплектованість штату середнім медичним персоналом у 2019 році становив 98,56% (350,75 штатних посад і 345,5 зайнятих). У 2023 році цей показник знизився до 94,56% (276,75 штатних посад і 261,75 зайнятих). Зменшення рівня укомплектованості на 4% свідчить про втрату кількості персоналу в цій категорії. В той же час, якщо в 2019 році в штаті працювало 268 осіб за даною категорією посад, то у 2023 році їх кількість зменшилася до 246 осіб (на 8,2% менше), що свідчить про збільшення навантаження на одного працівника.

Укомплектованість штату молодшого медичного персоналу в 2019 році становила 99,77%, а у 2023 році цей показник зменшився до 94,49%, що менше на 5,28%. При цьому у 2019 році в штаті працювало 194 особи, тоді як у 2023 році їх кількість скоротилася до 153 осіб (на 21,1% менше), відповідно констатуємо нестачу даної категорії персоналу в цілому.

Протилежною ситуація є із працівниками, що обіймають посади, об'єднані в категорію інший персонал. Зокрема, у 2019 році рівень укомплектованості становив 94,92% (119,75 зайнятих із 126 штатних посад). У 2023 році цей показник виріс до 97,41% (136,25 зайнятих із 140 штатних посад). Підвищення укомплектованості на 2,49% свідчить про поліпшення забезпечення кадрами цієї категорії.

Відповідно, відмічаємо нестачу кадрів середнього та молодшого медперсоналу.

Розглянемо віковий та гендерний склад персоналу КНП «ЦМЛ КМР» (див. рис. 2.4. та 2.5.).

На рис. 2.4. зображено динаміку частки персоналу пенсійного віку серед лікарів і середнього медперсоналу за період із 2019 до 2023 року. Маємо зауважити, що серед лікарів частка осіб пенсійного віку має тенденцію до зростання. Так, у 2019 році зі 72 лікарів 21 працівник був

пенсійного віку, що становило 29,17% від загальної кількості персоналу. У 2020 році ця частка зменшилася до 24,14% (14 із 58 лікарів), а в 2021 році становила 28,33% (17 із 60 лікарів). У 2022 році частка пенсіонерів серед лікарів становила 24,66% (18 із 73), а в 2023 році зросла до 24,71% (21 із 85 лікарів). Відповідно, приходимо до висновку, що за рахунок зростання кількості лікарів питома вага працівників пенсійного віку дещо зменшилась, хоча і залишається досить високою (майже чверть штату).

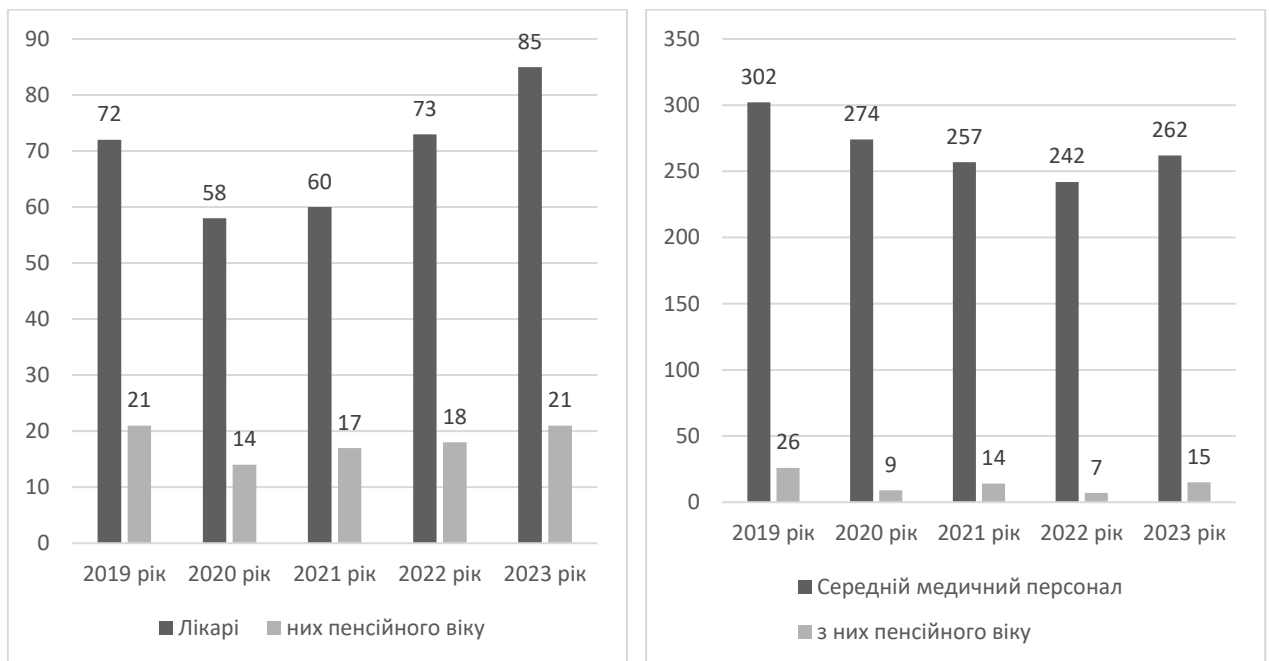


Рисунок 2.4 – Віковий склад КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр., станом на кінець року

Джерело: складено за матеріалами додатків Ж-Л

Серед середнього медичного персоналу частка працівників пенсійного віку є значно нижчою, ніж серед лікарів, і демонструє низхідну тенденцію. У 2019 році зі 302 працівників середнього медичного персоналу 26 осіб були пенсійного віку, що складало 8,61%. У 2020 році ця частка знизилася до 3,28% (9 із 274), у 2021 році становила 3,5% (9 із 257), а в 2022 році зменшилася до 2,89% (7 із 242). У 2023 році частка працівників пенсійного віку незначно зросла до 5,73% (15 із 262), хоча і залишається низькою порівняно з показником 2019 року.

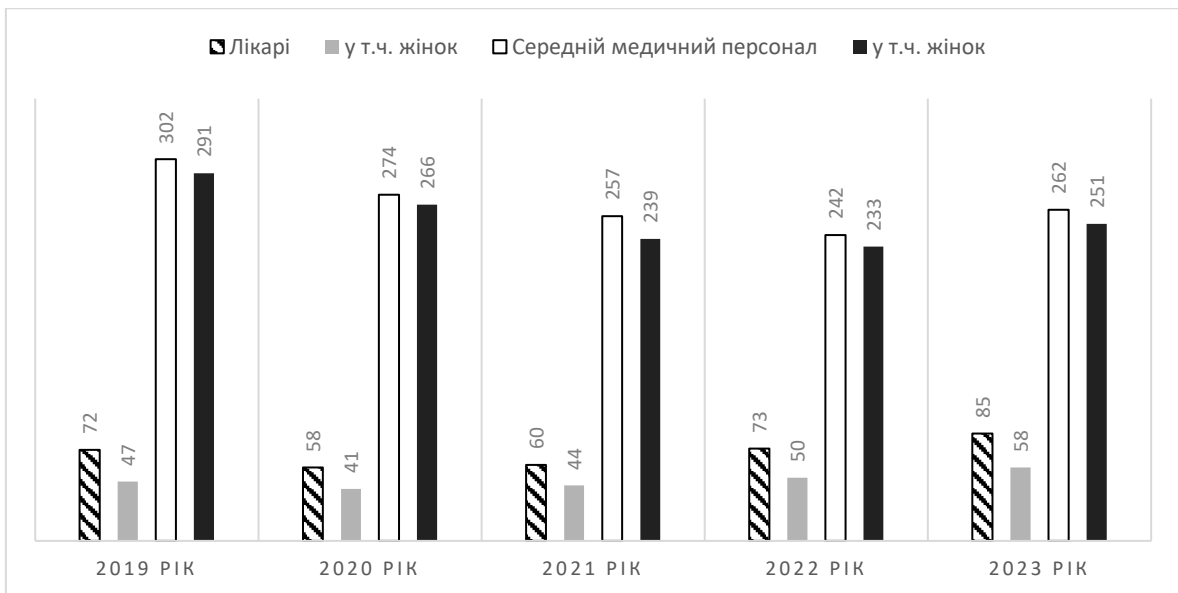


Рисунок 2.5 – Гендерний склад КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр., станом на кінець року

Джерело: складено за матеріалами додатків Ж-Л

Аналізуючи гендерний склад працівників, зауважимо, що серед лікарів частка жінок коливалася в межах від 65,28% у 2019 році до 68,24%, у 2023 році, що свідчить про баланс, наближений до гендерної рівності серед працівників лікарського складу, хоча чоловіки все ще представлені в меншій кількості.

В категорії працівників середнього медичного персоналу зауважимо на стабільне домінування жінок. Зокрема, у 2019 році їх частка становила 96,36%, а в 2023 році збільшилась до 95,8%. Це підкреслює значну гендерну асиметрію у складі середнього медичного персоналу, де чоловіки практично відсутні, що свідчить про традиційну перевагу жінок у цій професії.

Важливо, у розрізі аналізу кадрового складу здійснити аналіз професійного рівня кадрів КНП «ЦМЛ КМР».

Зокрема, на рис. 2.6. відображено склад лікарського персоналу за професійними категоріями.

Як ми можемо бачити, у 2019 році питома вага лікарів вищої категорії становила 57,38%. Натомість, до 2023 року цей показник погіршився до

56,90%, тобто на 0,48%. Хоча частка лікарів вищої категорії лишається переважаючою, все є спостерігаємо певне їх зменшення.

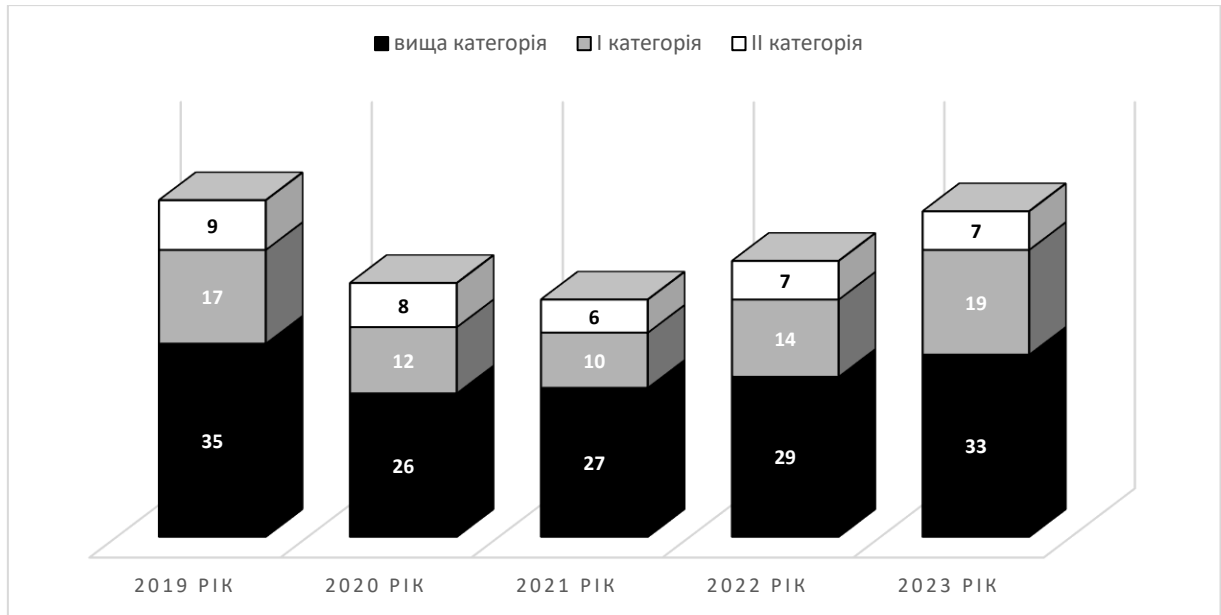


Рисунок 2.6– Професійна кваліфікація лікарів КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр., станом на кінець року

Джерело: складено за матеріалами додатків Ж-Л

Частка лікарів I категорії у 2019 році становила 27,87%, а до 2023 року зросла до 31,03%, тобто на 3,16%. Таким чином, питома вага лікарів I категорії за цей період зросла. Частка ж лікарів II категорії у 2019 році склала 14,75%, а у 2023 році знизилася до 12,07%, (на 2,68% менше), що свідчить про нарощення кваліфікації лікарями II категорія, політику кадрового розвитку в КНП «ЦМЛ КМР», а зменшення кількості лікарів вищої категорії можна пояснити зменшення працівників пенсійного віку.

2.3. Фінансовий аналіз КНП «ЦМЛ КМР»

Фінансовий аналіз є невід'ємною складовою оцінки ефективності діяльності комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради. Він дозволяє дослідити основні джерела доходів, структуру витрат і рівень фінансової стабільності закладу, а

також визначити ключові фактори, що впливають на його економічну стійкість. Ретельний аналіз фінансових показників сприяє оптимізації використання ресурсів, плануванню майбутніх витрат і розробці стратегій.

Проаналізуємо фінансові плани КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

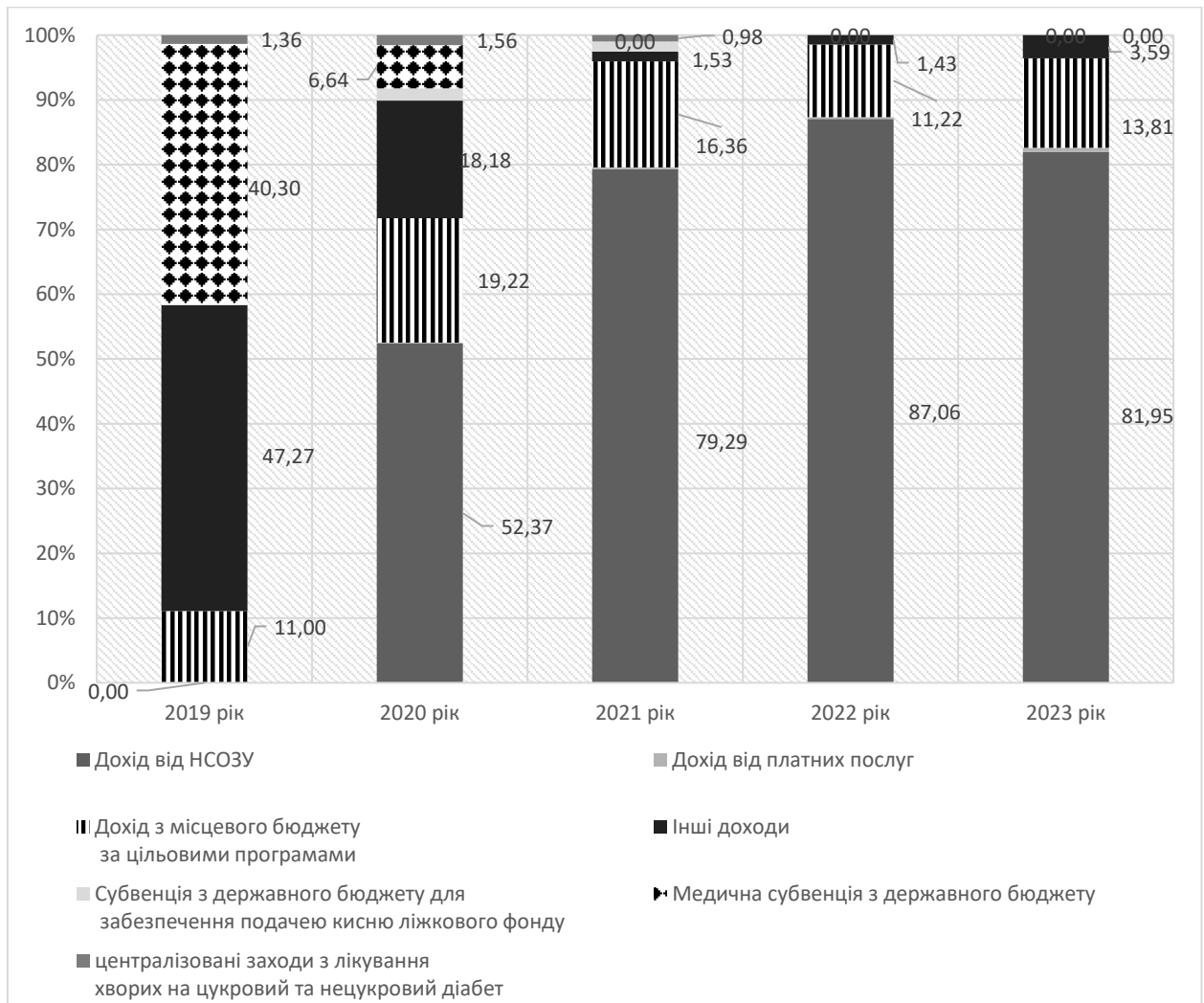


Рисунок 2.7– Структура доходів КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

Джерело: складено за матеріалами додатків М-Р

У 2019 році найбільшим джерелом доходів КНП «ЦМЛ КМР», а саме 47,27%, становили інші доходи. Наступним за розміром джерелом доходу були медичні субвенції з державного бюджету, які становили в загальному 40,30% доходів. Субвенція з державного бюджету на реалізацію цільових програм становила 11,00% загальних надходжень. Найменшу питому вагу

мали джерела фінансування лікування хворих на діабет (1,36%) та доходи від платних послуг (0,07%).

Маємо зауважити, що починаючи з 2020 року структура фінансування змінилась, зокрема, з'явилися виплати від НСОЗУ (52,37% від загального фінансування), частка інших доходів впала до 18,18%, а медична субвенція з держбюджету скоротилась до 6,64%. Питома вага виплат з держбюджету за цільовими програмами у 2020 році складала 19,22%. Решта джерел фінансування склали менше 2% в загальній структурі доходів КНП «ЦМЛ КМР», зокрема 1,89% становило фінансування подачі кисню, хворим на ковід.

У 2021 році зауважимо на зростання питомої ваги фінансування з НСОЗУ (73,29%) та припинення виплат медичних субвенцій з держбюджету. Фінансування з місцевого бюджету склало 16,36%, а питома вага інших доходів скоротилась до 1,53%.

В 2022 році зникли такі статті фінансування як дотації хворим на цукровий діабет та забезпечення киснем, пацієнтів, хворих на ковід, а частка виплат від НСОЗУ становила 87,06%.

У 2023 році частка фінансування з НСОЗУ скоротилась до 81,95, натомість виріс дохід з інших джерел (3,59%), підвищилися виплати з місцевого бюджету (13,81%), а також виросла частка доходів від платних послуг до 0,65%.

Розглянемо динаміку доходів КНП «ЦМЛ КМР» у табл. 2.2.

Загальна сума доходів КНП «ЦМЛ КМР» у 2020 році значно зросла у порівнянні з 2019 роком: з 156376 тис. грн до 184929 тис. грн, (на 28,553 тис. грн), а за період 2019-2023 рр. виріс на 16,4% до 181460,78 тис. грн у 2023 р. Основний приріст у 2020 році був забезпечений за рахунок різкого збільшення доходів від реалізації продукції. Зокрема, ця стаття доходів у 2020 році зросла до 97039,6 тис. грн, порівняно з 108,19 тис. грн у 2019 році. Особливо значущим є дохід від Національної служби здоров'я України (НСЗУ), який склав 96,815 тис. грн у 2020 році, хоча у 2019 році він взагалі

не був зафіксований. Загалом у 2023 р. дохід від НСЗУ становив 149,680 тис. грн. Маємо зауважити, що доходи від платних послуг збільшилися з 108,19 тис. грн у 2019 р. до 1180 тис. грн в 2023 р., демонструючи приріст на 990,67%.

Таблиця 2.2 – Динаміка доходів КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

| Стаття доходу | 2019 рік | 2020 рік | 2021 рік | 2022 рік | 2023 рік | Абсолютне відхилення | Відносне відхилення |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|---------------------|
| | | | | | | 2023/2019 рр. | 2023/2019 рр. |
| Дохід від реалізації продукції, у т.ч. від НСОЗУ | 108,19 | 97089,6 | 163187,66 | 179855,71 | 149680 | 149571,81 | 138249,20 |
| від платних послуг | 108,19 | 238,1 | 577,92 | 580,51 | 1180 | 1071,81 | 990,67 |
| Дохід з місцевого бюджету за цільовими програмами | 17205,64 | 35546,8 | 33540,78 | 23108,82 | 25225,78 | 8020,14 | 46,61 |
| Інші доходи | 73919,74 | 33629,22 | 3135,39 | 2946,36 | 6555 | -67364,74 | -91,13 |
| Субвенція з державного бюджету для забезпечення подачею кисню ліжкового фонду | 0 | 3498,04 | 3200 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| Медична субвенція з державного бюджету | 63023,3 | 12282,6 | 0 | 0 | 0 | -63023,30 | -100,00 |
| централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет | 2119,89 | 2883,67 | 2000 | 0 | 0 | -2119,89 | -100,00 |
| Загальна сума доходів | 156376,76 | 184929,93 | 204963,83 | 205910,89 | 181460,78 | 25084,02 | 16,04 |

Джерело: складено за матеріалами додатків М-Р

Суми доходів з місцевого бюджету за цільовими програмами також зросли з 17205,64 тис. грн у 2019 році до 25225,78 тис. грн у 2023 році. Абсолютне збільшення склало 8,020,14 тис. грн або 46,61% у відносному вираженні.

Водночас інші доходи зазнали значного скорочення: з 73919,74 тис. грн у 2019 році до 6555 тис. грн у 2023 році, тобто на 91,13%.

Субвенції з державного бюджету, що забезпечували фінансування певних медичних і соціальних потреб у 2019 році, до 2023 року зникли

повністю. Також відсутні у структурі доходів медичні субвенції (63,023,3 тис. грн у 2019 році) і фінансування лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет (2,119,89 тис. грн у 2019 році).

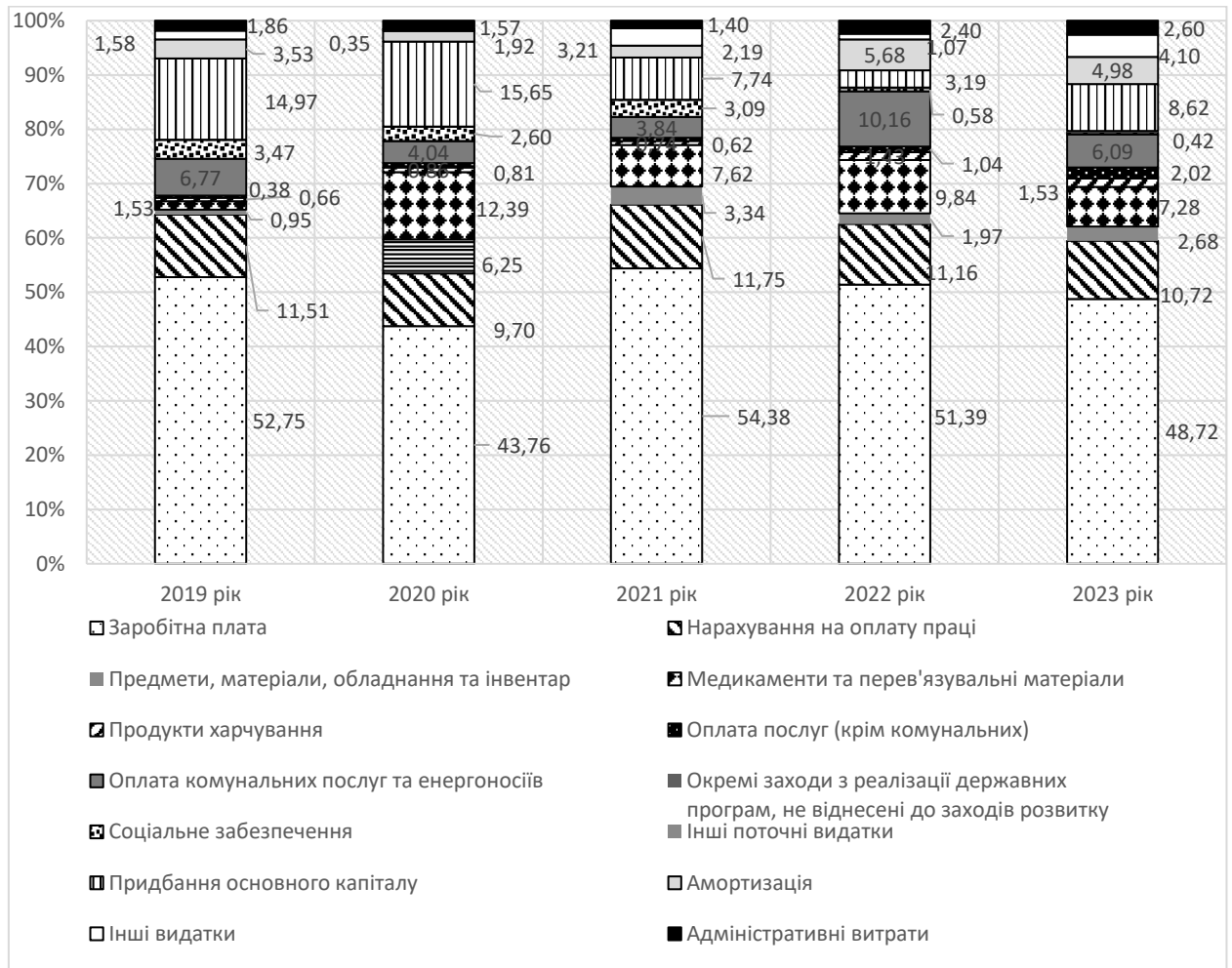


Рисунок 2.8– Структура видатків КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

Джерело: складено за матеріалами додатків М-Р

У 2019 році найбільшу питому вагу в структурі видатків "КПН ЦМЛ КМР" займала заробітна плата, яка становила 52,75% від загальних витрат. Витрати на нарахування оплати праці складали 11,51%. Меншу частку займали витрати на медикаменти та перев'язувальні матеріали (1,53%) і придбання основного капіталу (3,53%). На комунальні послуги та енергоносії припадало 6,77%, а на продукти харчування – лише 0,66%. Адміністративні витрати складали 1,86%..

У 2020 році структура зазнала певних змін: витрати на заробітну плату знизилися до 43,76%. Водночас витрати на медикаменти значно зросли до

12,39%, ставши другою за значенням статтею видатків. Витрати на продукти харчування незначно збільшилися до 0,86%, а частка комунальних послуг зменшилася до 4,04%. Нарахування на оплату праці складали 9,7%, що також відображало певне скорочення у порівнянні з 2019 роком. Зауважимо, що 2020 рік – це рік розгортання пандемії, тому така структура видатків є зрозумілою.

У 2021 році спостерігалось відновлення витрат на заробітну плату, яка зросла до 54,38%. Нарахування на оплату праці зросли до 11,75%, а витрати на медикаменти знизилися до 7,62%. Частка комунальних послуг також знизилася до 3,84%, тоді як витрати на продукти харчування залишалися стабільними на рівні 0,74%. Адміністративні витрати скоротилися до 1,4%, відображаючи загальну тенденцію до зменшення адміністративного навантаження.

У 2022 році структура видатків стала більш збалансованою. Витрати на заробітну плату знизилися до 51,39%, а нарахування на оплату праці – до 11,16%. Частка комунальних послуг і енергоносіїв різко зросла до 10,16%, що пов'язано зі змінами тарифів на газ та електроенергію. Витрати на медикаменти знизилися до 9,84%, тоді як витрати на продукти харчування зросли до 1,43%. Адміністративні витрати збільшилися до 2,4%, що стало найвищим показником за весь період.

У 2023 році витрати на заробітну плату знизилися до 48,72%, а нарахування на оплату праці – до 10,72%. Витрати на медикаменти становили 7,22%, відображаючи поступове зменшення у порівнянні з попередніми роками. Частка витрат на комунальні послуги скоротилася до 6,09%, тоді як витрати на продукти харчування зросли до 1,53%. Витрати на оплату послуг (крім комунальних) зросли до 2,02%, а адміністративні витрати залишалися на стабільному рівні – 2,6%.

Проаналізуємо динаміку видатків КНП «ЦМЛ КМР» в табл. 2.3. Витрати КНП "ЦМЛ КМР" за період з 2019 до 2023 року демонструють тенденцію до зростання. Найбільші зміни спостерігалися за статтями,

пов'язаними із заробітною платою та нарахуваннями на оплату праці. У 2023 році витрати на заробітну плату збільшилися на 53039,59 тис. грн у порівнянні з 2019 роком, тобто більш ніж на 107,89%, що є в цілому позитивним моментом, оскільки плата праці виступає одним із мотивуючих чинників підвищення якості медичних послуг. Нарахування на оплату праці за цей же період зросли на 11924,08 тис. грн, тобто на 109,56%.

Таблиця 2.3 – Динаміка видатків КНП «ЦМЛ КМР» за 2019-2023 рр.

| Статті видатків | 2019 рік | 2020 рік | 2021 рік | 2022 рік | 2023 рік | Абсолютне відхилення | Відносне відхилення |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|---------------------|
| | | | | | | 2023/2019 рр. | 2023/2019 рр. |
| Заробітна плата | 49871,01 | 67681,45 | 111068,9 | 101139,7 | 103675 | 53803,99 | 107,89 |
| Нарахування на оплату праці | 10884,42 | 15006,96 | 23995,61 | 21958,47 | 22808,5 | 11924,08 | 109,558 |
| Предмети, матеріали, обладнання та інвентар | 900,19 | 9673,26 | 6824,77 | 3871,47 | 5700 | 4799,81 | 533,2 |
| Медикаменти та перев'язувальні матеріали | 1444,09 | 19169,63 | 15564,54 | 19356,67 | 15500 | 14055,91 | 973,34 |
| Продукти харчування | 622,95 | 1335,94 | 1502,61 | 2813,85 | 3250 | 2627,05 | 421,71 |
| Оплата послуг (крім комунальних) | 361,45 | 1250,4 | 1275,47 | 2043,52 | 4300 | 3938,55 | 1089,65 |
| Оплата комунальних послуг та енергоносіїв | 6404,4 | 6253,1 | 7832,98 | 19990,46 | 12968,36 | 6563,96 | 102,49 |
| Окремі заходи з реалізації державних програм, не віднесені до заходів розвитку | 5,75 | 30,76 | 44,5 | | | -5,75 | -100 |
| Соціальне забезпечення | 3282,33 | 4022,84 | 6300,9 | 1146,93 | 900 | -2382,33 | -72,58 |
| Інші поточні видатки | 30,01 | 112,21 | 128,06 | 189,14 | 510 | 479,99 | 1599,43 |
| Придбання основного капіталу | 14155,31 | 24204,08 | 15808,18 | 6275,38 | 18340 | 4184,69 | 29,56 |
| Амортизація | 3338,44 | 2966,62 | 4476,52 | 11184,75 | 10591,5 | 7253,06 | 217,26 |
| Інші видатки | 1489,86 | 543,96 | 6554,08 | 2106,3 | 8719,8 | 7229,94 | 485,28 |
| Адміністративні витрати | 1754,55 | 2421,42 | 2862,22 | 4715,15 | 5524,8 | 3770,25 | 214,88 |

Джерело: складено за матеріалами додатків М-Р

Витрати на предмети, матеріали, обладнання та інвентар зросли у 5,3 рази, досягнувши 5700 тис. грн у 2023 році, що відображає суттєве зростання інвестицій у забезпечення ресурсами. Зростання витрат на медикаменти та перев'язувальні матеріали також було значним — у 9,7 рази, сягнувши 15500 тис. грн.

Витрати на оплату комунальних послуг і енергоресурсів зросли на 6563,96 тис. грн, або на 102,49% за 2019-2023 рр. Водночас витрати на соціальне забезпечення суттєво зменшилися, скоротившись на 2382,33 тис. грн (на 72,58%). Це свідчить про зміну пріоритетів у витратах.

Придбання основного капіталу демонструє зростання на 41484,69 тис. грн (на 29,56%), що вказує на значні капіталовкладення та розширення матеріальної бази КНП «ЦМЛ КМР». Витрати на амортизацію зросли у 3,17 рази, а на адміністративні видатки — у 2,14 рази, що відображає загальну тенденцію до розширення операційної діяльності.

Таким чином, загальна динаміка витрат свідчить про значне зростання витрат на основні потреби закладу, особливо на заробітну плату, матеріально-технічне забезпечення та капітальні інвестиції. Одночасно скорочення певних статей, таких як соціальне забезпечення, вказує на перерозподіл ресурсів у напрямі стратегічного розвитку, зважаючи на зміни в оточуючому середовищі, які характеризуються нестабільністю.

РОЗДІЛ 3

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Удосконалення механізму управління закладами охорони здоров'я з позиції системного підходу

В світлі пошуку шляхів удосконалення діяльності медичних закладів, маємо зазначити, що індикатори рівня розвитку даної сфери є одним із визначальних для формування рівня сталості на національному рівні. Тож, закономірним є те, що реформування та вдосконалення даної сфери виступає одним із ключових пріоритетів для забезпечення сталого розвитку держави. В той же час, варто враховувати і трансформацію державних, ринкових та фінансово-господарських механізмів, які потребують впровадження відповідних змін у систему управління медичними закладами. Можемо прийти до висновку, що в цих умовах пріоритетним завданням менеджменту в сфері медицини виступає не лише оптимізація використання обмеженого ресурсного забезпечення, а й пошук удосконалення управлінських заходів. Підкреслимо, що ринкові закони та принципи підприємництва несуть свій вплив не лише на приватні медичні установи, а є визначальними і для комунальних некомерційних підприємств, якими наразі стали всі лікарні державного сектора. Даний аспект обумовлює потребу використання низки ринкових інструментів в їх повсякденну діяльність, зокрема удосконалених механізмів стратегічного та фінансового менеджменту, бізнес-планування, тощо.

Такі особливості накладають необхідність щодо формування ефективних управлінських систем, що відповідали б часним умовам господарювання застосування в управлінській практиці дієвих економічних механізмів задля нарощення результативності. Справедливим це є як і для загальнодержавного управління галузі охорони здоров'я, так і для кожного

окремого закладу, виходячи з принципу, що сучасний керівник повинен опанувати новітні методи менеджменту та організацію функціонування медичних закладів, визначальними серед яких можна визначити: управління мережами медичних організацій, застосування принципів управління якістю фінансового менеджменту з загальною орієнтацією на ефективність медичних установ. Відповідно, в даному підрозділі зосередимося на удосконаленні формування механізму управління вітчизняними медичними установами у відповідності до викликів оточуючого середовища, подолання нестабільності та ризиковості їх діяльності, викликаних кризовими явищами в суспільно-економічній сфері [10].

Маємо зауважити, що невизначеність та ризиковість оточуючого середовища призводить до змін у внутрішньо-організаційному менеджменті абсолютної більшості організацій економіки України, відображаючись, логічно, і на галузі медицини. На сьогодні ми стикаємося, враховуючи кризу усіх сфер економіки, з входженням її у стагнаційний стан, що супроводжується зменшенням платоспроможного попиту населення на послуги, що пропонує сфера охорони здоров'я, а також скорочення пропозицій щодо участі у грантових міжнародних та державних програмах. Виходячи з цього, підкреслимо важливість формування дієвої та ефективної системи управління закладами охорони здоров'я, оскільки вона є визначальною для формування передумов забезпечення нарощення трудового потенціалу, досягнення цілей сталого розвитку, досягнення благополуччя в суспільстві. В цьому контексті важливо сказати, що заклади охорони здоров'я мають визначальну особливість, оскільки їхнє функціонування має двоєдине завдання: в першу чергу забезпечити суспільну задачу, а саме збереження здоров'я населення, а, по-друге, забезпечити економічну ефективну власну діяльність.

Підкреслимо, що формування кола задач під час розробки механізму управління має спиратися на постулат, що кожній організаційній структурі притаманна своя власна специфіка, а також відмінності у характері

здійснення господарської діяльності, наприклад, територіальні, галузеві, ментальні, тощо. В той же час, коригуємося тим, що вже існує науково обґрунтований та вивірений практикою перелік областей та рекомендацій, що стосується дотримання принципів для визначення задач щодо функціонування означеного механізму, його функцій та оціночних критеріїв. При цьому, більшість досліджень вказують на те, що для механізмів в сфері охорони здоров'я основною ціллю є примноження та підтримання здоров'я населення України за допомогою застосування основного набору управлінських функцій, які знаходять свою конкретизацію в операційній діяльності суб'єктів управління, зокрема державному, приватному, нетрадиційному [8, 27, 33].

Вивчення сучасних наукових джерел дає змогу зробити висновок, що новітні концепції менеджменту є, за своєю сутністю досить складними та передбачають комбінаторику інструментальних засобів та механізмів за допомогою використання різноспрямованих засобів та методів менеджменту, які взаємопов'язані між собою загальною метою. Маємо відзначити про складність у формуванні механізму управління в сфері охорони здоров'я, оскільки вона складається із державних та приватних закладів медицини, а спрямованість їх управлінського механізму визначається власне особливостями вибудованої в державі системи державного управління, а також тих задач в області менеджменту, які сформувалися в середині означених установ. Відповідно, нашою задачею вбачаємо дослідження найкращих практик, що дозволить надати рекомендації стосовно вдосконалення дієвості означених механізмів менеджменту для формування системного підходу управління закладами медицини з позиції публічного управління.

В даному контексті, важливим вважаємо зауважити, що поняття «ефективний механізм менеджменту» та «ефективність діяльності організації» є взаємопов'язаними, а отже вимагають формування системи показників, які вимірюватимуть та оцінюватимуть практичний ефект від

впровадження тої чи іншої управлінської системи. Вагомість зазначеної оцінки випливає з того факту, що власне управлінські рішення приводять в дію названі механізми і, саме згідно із ними, здійснюється запровадження спектру засобів організації функціональної діяльності в закладі. При цьому важливо формалізувати загальну мету, цілі, завдання та принципи функціонування закладів медичної галузі в незалежності від особливості варіативних компонентів в кожному окремо взятому механізмі, які варто розглядати з точки зору підбору окремих інструментів задля досягнення загальної стратегії та цілей менеджменту [20].

В сфері медицини, внутрішньогосподарський механізм менеджменту, як і в інших сферах діяльності, являє собою систему взаємодій суб'єкта управління, зокрема, основного управляючого органу, що має визначені повноваження стосовно прийняття рішень в медичному закладі та визначення перспективних напрямів розвитку в подальшому. Тут варто наголосити, що зважаючи, на суспільне значення функціонування системи управління охорони здоров'я, призначення цільової спрямованості діяльності медичних закладів є особливим. Зокрема, кінцевий результат їх діяльності не може бути направленим лише на отримання фінансової вигоди (прибутку), навіть, зважаючи на комерційний характер організації діяльності (приватні медичні заклади) [41].

Відповідно до цього, основу механізму управління медичними організаціями складає державна база регулювання даної сфери, а саме сукупність законів, процедур, правил, які регламентують, зокрема і специфіку прийняття управлінських рішень в даній сфері. Нами наведена загальна схема управління медичними закладами на основі формування системного механізму їх функціонування на рис. 3.1. [41]

На наведеному рисунку виокремлюємо дві підсистеми механізму економічного менеджменту медичних установ: функціональну та ресурсно-забезпечувальну.

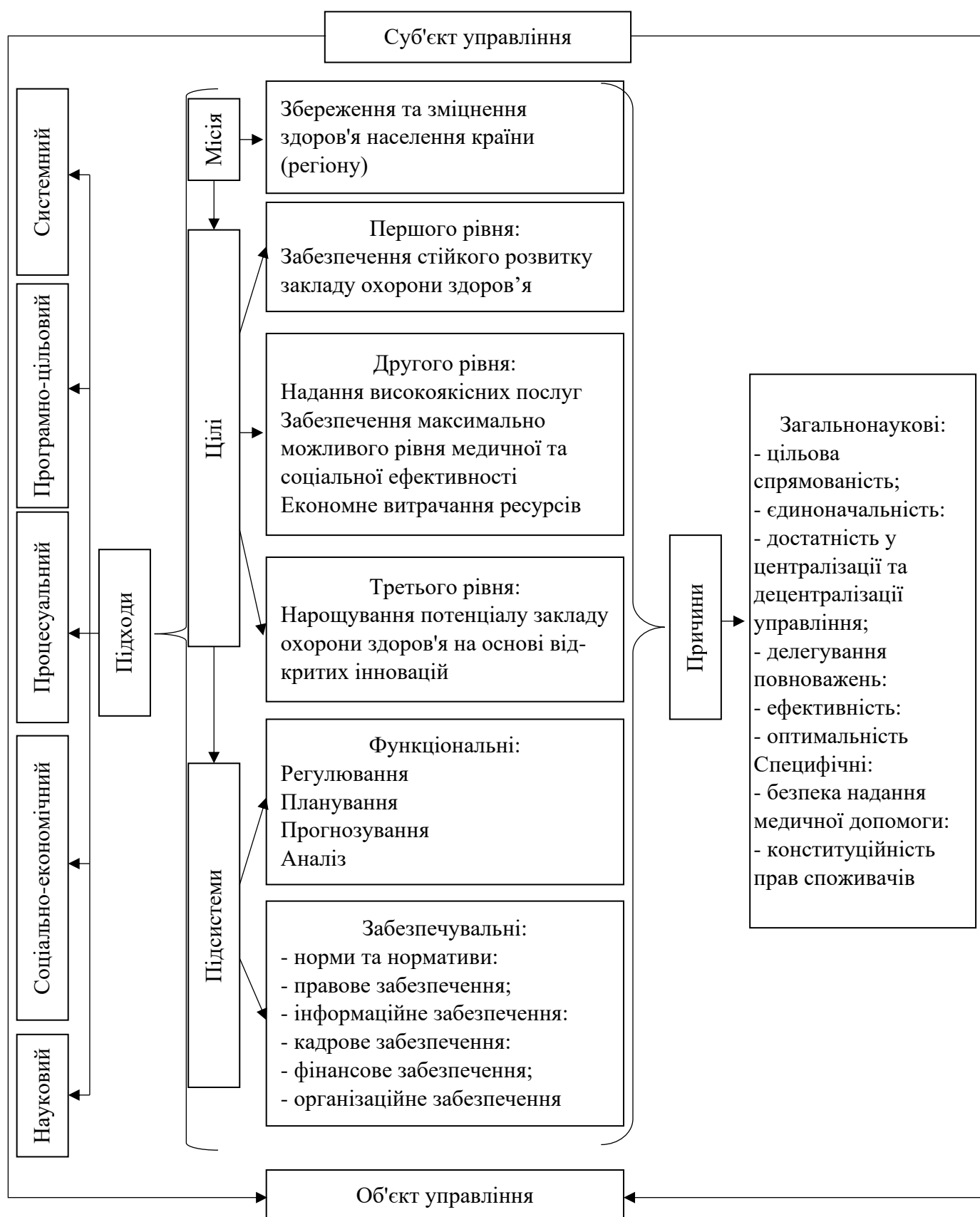


Рисунок 3.1 - Системний підхід до формування механізму менеджменту медичних закладів

Джерело: [41]

Перша підсистема спирається на регулювання, позаяк надання медичних послуг підлягає обов'язковій процедурі ліцензування, а технологічна складова обов'язково регламентується уніфікованими клінічними протоколами стосовно процедури надання медичних послуг. Маємо зауважити, що структура поданого на рисунку механізму державного управління медичною сферою загалом сформована за системним підходом. В той же час зауважимо, що сучасна практика вимагає пошуку нових способів управління та регулювання медичної сфери, зокрема в контексті удосконалення економічної складової забезпечення підвищення якості надання послуг та їх доступності. Тому варто звернути на увагу на потребу зміни підходу щодо управління на рівні всієї медичної галузі із застосуванням нових, економічно вигідних засад ефективного менеджменту [41].

Маємо зауважити, що система державного менеджменту закладів медицини за своєю природою є складною, а тому варто застосовувати підхід системності, під час дослідження її об'єктів, суб'єктів, основних чинників та механізму. Саме системний підхід стає базою під час формування в закладах освіти адаптивного підходу до управління, незалежно від форми власності. При цьому варто все-таки розмежовувати механізм власне державного управління та його внутрішніх суб'єктно-об'єктних відносин. Саме їх особливості та пріоритетні властивості виступають підґрунтям для формування основних компонентів, що входитимуть до загальнодержавного механізму менеджменту медичних закладів, а також побудови внутрішніх механізмів менеджменту, будова яких подана нами на рис. 3.2 [41].

Зазначені нами складові, в загальному вигляді, потребують формування більш деталізованих та практично спрямованих механізмів менеджменту, а також вироблення конкретизованих критеріїв оцінки щодо їх результативності, результативності та відповідності сьогоденним умовам соціально-економічного розвитку. В той же час, з позиції формування внутрішньогосподарського механізму менеджменту, важливо віднайти

ефективні форми державного впливу, які б відповідали новітнім викликам та дозволяли удосконалити існуючий механізм управління [8].



Рисунок 3. 2 - Основні складові формування системи публічного менеджменту у медичній галузі за умови застосування системного підходу до управління медичними закладами

Джерело: [41]

Зокрема, в цьому контексті можна виокремити наступні функції, що базуються на поліпшенні суб'єктно-об'єктних відносин в сфері державного управління медичною галуззю:

- єдність державного менеджменту в медичній сфері, що одночасно виступає як в ролі механізму, так і в ролі реалізації суспільних потреб;

- законодавче регулювання, а також сформований державний механізм управління прямим способом впливають на організаційну та управлінську компоненту будь-якої медичної установи, поза як являють собою загальний інститут бізнесу та менеджменту;

- у якості об'єктів державного менеджменту в сфері медичного обслуговування виступають як суспільні відносини, так і вибудовані відносини у власне організаційній підсистемі, іншими словами відносини, які сформувалися між медичними організаціями та державними установами [38].

Маємо зауважити, що формування ефективного державного механізму управління лікарняними закладами неможливий без запозичення передового та успішного досвіду зарубіжних розвинутих країн. Така особливість пов'язана з тим, що в сфері охорони здоров'я у розвинених країнах виділяється пріоритетний статус серед усіх напрямів соціальної політики, а в окремих державах, ще й серед складових національної безпеки. Основоположною думкою в загальній концепції управління медичною галуззю в розвинених країнах виступає визнання даної сфери у якості основоположної складової загального потенціалу країни та їй надається особлива цінність. При цьому, посилена увага приділяється як державній політиці, так і формуванню моделей, пов'язаних із оптимізацією витрат приватних та державних медичних установ. Така ж концепція була взята і за основу після впровадження в Україні медичної реформи, що спровокувала появу низки приватних медичних закладів, а також поставила перед державними некомерційними комунальними підприємствами потребу до отримання позитивного фінансового результату. Маємо підкреслити, що запозичення зарубіжного досвіду має братися до уваги із поправкою на національну культуру, менталітет, особливості формування громадського суспільства, а також можливості фінансування медичної сфери із державного бюджету.

Показовою для застосування в українських реаліях є американська приватна система закладів охорони здоров'я, що є за своєю суттю соціально орієнтованою та характеризується високою мірою соціальною відповідальності даної сфери господарювання за збереження здоров'я в Україні. Тож, наведемо конкретні приклади, які на нашу думку доцільно адаптувати в українську систему управління закладами охорони здоров'я як орієнтир для нарощення її ефективності. Наприклад, в США функціонує програма, що носить назву MEDICARE та поширюється на людей, що мають інвалідність або на тих, що мають право на отримання соціального страхування із державного бюджету. Фінансування даної програми відбувається як з державного бюджету, так і беручи за основу страхові внески учасників програми, що вносять їх на добровільних засадах (приблизно в обсязі 25% від її загальних витрат). Функціонує і програма державного страхування MEDICAID, що покриває витрати визначеного кола осіб, що мають низький дохід, а фінансується за рахунок урядових коштів, а також фінансування з бюджету органів державного управління кожного штату [11].

Доцільно зазначити, що в епоху цифровізації важко не відмітити її позитивний вплив на будь-яку сферу життєдіяльності людини. Не виключенням є і галузь охорони здоров'я, чому приділяється посилена увага як науковців, так і державних управлінських органів, що опікуються функціонуванням медичної галузі. Наприклад, в Німеччині функціонують проекти, що фінансуються такими корпораціями як Microsoft та Intel, а також компанією ASKLEPIOS, що займається реалізацією програми переформатування системи національної, а також міжнародної медицини в рамках проекту - ASKLEPIOS-лікарня майбутнього. Особливістю даного проекту є впровадження в діяльність медичних закладів переліку програмних рішень за принципом «клініка майбутнього», що базується на здатності адаптуватися до вимог програми в будь-якій медичній установі, незалежно від її розміру чи спеціалізації. Маємо зауважити, що основоположною ідеєю

всіх інноваційних медичних програм виступає принцип соціальної рівноваги, тобто доступність надання медичних послуг усім суспільним категоріям, незалежно від їх фінансової можливості соціального статусу, а також поширення загальнодержавного соціального медичного страхування [11].

Відповідно, маємо зауважити, що найбільш зарекомендувала себе серед усіх методів удосконалення державного управління сферою охорони здоров'я система, яка пов'язана із зміцненням первинної медичної допомоги, що довела свою високу економічну та соціальну ефективність. В цьому ключі, пріоритетності серед більшості країн Європи набула система розвитку загальнолікарської сімейної практики надання первинної медичної допомоги. Тож, впроваджена після реформи система закріплення населення за сімейними лікарями є економічно та науково обґрунтованою, попри певну дискусійність в наукових та бізнесових колах даної програми.

Як приклад, наведемо, що в розвинених країнах Європи медична допомога надається в напрямі формування об'єднаних лікарських центрів, зокрема як це поширено в Німеччині (створено великі лікувально-профілактичні заклади). Відповідно, державні програми, які беруть за основу даний підхід, передбачають, що об'єднання будуть включати в себе можливості надання первинної допомоги, проведення діагностики та надання спеціалізованої допомоги. Тож, спираючись на вище наведене, обґрунтуємо пропозиції щодо покращення наявної системи управління в сфері охорони здоров'я в ключі продовження запровадженої реформи [38].

Важливим в даному випадку є формування адекватної, відповідно до умов, що сформувалися в Україні, системи управління як на рівні окремого медичного закладу чи їх об'єднань, так і на загальнодержавному рівні. Для даної задачі необхідно побудувати єдиний інформаційний простір, як показує зарубіжна практика. Такий підхід формує необхідність формування медичної інформаційно-аналітичної системи, яка б дозволяла моделювати бізнес-процеси, що виступають основою здійснення діяльності в сфері медицини.

Окрім цього, сьогодні вимагає посилення приділення уваги економічній складовій діяльності механізму управління закладами охорони здоров'я за його окремими функціональними різновидами із врахуванням специфіки функцій, що вони виконують для того, щоб конкретизувати управлінський вплив медичних установ на економіку. Зауважимо, що економічні закони в медичній сфері можуть діяти не настільки виразно як в інших ринкових сферах, однак не враховувати їх неможливо. Згідно із цим актуалізується потреба не просто формувати фінансові плани, незважаючи на продовження використання кошторисного підходу, а застосовувати їх у якості основних інструментів, використовуючи всі переваги фінансового менеджменту. Зокрема, мова йде про застосування інноваційних джерел фінансування медичної сфери, насамперед, запровадження державно-приватного партнерства, що може виявлятися у вигляді фасиліті-менеджменту та запровадження його в діяльність медичних установ на принципах застосування аутсорсингу для тих посад, які не передбачають профільне виконання функцій щодо збереження здоров'я населення. Зважаючи на нестабільний фінансовий та економічний стан в державі, пов'язаний із введенням військових дій та виникненням низки форс-мажорних обставин, важливо вже зараз формувати систему антикризового менеджменту для прийняття в подальшому якісних управлінських рішень.

З огляду на зазначене, приходимо до висновку, що ключовою моделлю розвитку медичних закладів на сьогодні виступає впровадження підходу адаптивності, що передбачає ретельний добір методів управління, що мають базуватися, насамперед на забезпеченні раціонального використання обмежених ресурсів. Такий підхід дасть змогу впливати на загальну результативність діяльності організації, що виступатиме передумовою для подальшого розвитку медичної установи, нарощення її фінансових спроможностей та здатності забезпечити високу кваліфікацію персоналу.

Відповідно, передумовами до управління медичними закладами на оновлених засадах, важливо сформувати механізм менеджменту, що

спирався б на оптимізацію використання наявних ресурсів формування передумов для нарощення технологічного потенціалу, відхід від консервативної політики управління та побудови стратегічної моделі розвитку, що враховувала б альтернативні сценарії подальшого функціонування із врахуванням принципів антикризового менеджменту, а також враховував би принципи клієнтоцентризму та пацієнтоорієнтованості.

3.2. Механізм формування клієнтоорієнтованої стратегії менеджменту медичного закладу в контексті удосконалення ефективності управління

Реформа в медичній галузі України, посилення конкуренції між державними медичними закладами та приватними клініками, постійне зростання вартості медичних послуг та лікарських засобів, обумовлюють збільшення ролі пацієнтів-користувачів на ринку медичних послуг. Щоб утриматися на уже завойованому сегменті ринку медичних послуг, а то навіть вижити в умовах інтенсивної конкуренції, медичні заклади, в тому числі і третя лікарня, змушені опановувати та впроваджувати нові управлінські механізми, які б покращували соціальну взаємодію з пацієнтами, створювали б можливості для формування клієнтоорієнтованої стратегії менеджменту закладами сфери охорони здоров'я.

Як показує міжнародний досвід організації медичного обслуговування в розвинутих європейських країнах, джерелом необхідної успішності клієнтоорієнтованої стратегії в управлінні медичними закладами, є усвідомлення необхідності виявлення та отримання клієнтів, ідентифікація їх диференційованих з платоспроможністю потреб, використання отриманої інформації для розробки таких же диференційованих комплексів медичних послуг, зорієнтованих на запити клієнтів [34].

В сучасних умовах розвитку медицини, в Україні спостерігаються радикальні та інтенсивні зміни в роботі медичних установ з метою

розширення клієнтської бази обслуговування. З цією метою залучається інтелект лікарів, новітні цифрові технології, інноваційні управлінські механізми активізації ролі пацієнта в процесі лікування. І це не випадково, оскільки запорукою ефективної діяльності медичної установи є ступінь задоволеності користувачів професійною медичною допомогою, якість лікування та обслуговування. А це формує принципово новий підхід до пацієнта. Він стає центром уваги. Стосунки між лікарем та пацієнтом стають основним елементом новітньої методології управління в галузі медицини, яка визначається як клієнтоорієнтована стратегія менеджменту медичного закладу в сфері охорони здоров'я. За своєю сутністю названа стратегія обумовлена якістю надання затребуваних медичних послуг (пам'ятаємо, що якість, в свою чергу, в більшості випадків залежить від кваліфікаційного рівня медичного фахівця, наявності спеціалізованого обладнання для діагностування пацієнта), результативністю лікування та сервісного обслуговування (рівня вартості призначення, тривалості часу, умов надання).

Змінюється функціональна роль лікаря: раніше він був у ролі беззаперечного авторитета, а зараз набирає силу його здатність встановлювати довіру між ним та клієнтом, вміння побудувати довірливу комфортну комунікацію та конструктивні, в сенсі лікування, стосунки. Реалізувати лікарю свої функції, задекларовані реформою в галузі медицини, ускладнюється зміною можливостей пацієнта. Пацієнт, як суб'єкт медичного ринку, розширив уяву та конкретні знання про мету, реформи, змінив принципово своє відношення до стану особистого здоров'я та способів підтримки, широко та свідомо підходить до вибору медичної установи для задоволення своїх потреб (обирає лікарню, лікаря, лабораторію, форму лікування, тощо). Зазначені рольові зміни, як лікаря, так і пацієнта ще більше загострюють необхідність зміни в стратегії медичного обслуговування закладами охорони здоров'я з метою реалізації проголошеної реформою гасла «гроші йдуть за пацієнтом», тобто долучення більшої кількості пацієнтів. Оскільки клієнтоорієнтований менеджмент в КНП «ЦМЛ КМР»

стає об'єктивною та актуальною потребою, в найближчій перспективі, оскільки виникає гостра необхідність з'ясування механізму формування зазначеної стратегії управління, ширини та глибини впровадження її в реальну управлінську практику.

Зазначимо, що теоретично охарактеризовано наступні підходи до використання клієнтоцентричного управління:

- стратегічний: передбачає в майбутньому будувати перспективу розвитку медичного закладу з орієнтацією на максимально можливе задоволення диференційованих потреб клієнта, як споживача медичних послуг;

- концепція бізнесу: яка спрямована на реалізацію певного комплексу заходів, що дозволяють одночасно вирішити дві взаємопов'язані задачі - задовольнити потреби клієнтів у якості медичної допомоги та отримати власну вигоду у вигляді доходу, іміджу, клієнтської бази;

- бізнес перспектива: яка передбачає поступове здійснення змін в обслуговуванні пацієнтів медичного закладу з тим, щоб клієнт став центром уваги в управлінській діяльності, у відповідності до ресурсних можливостей;

- концепція, що визначає задоволення потреб клієнтів в довгостроковому періоді;

- підхід до управління, за якого споживач медичних послуг вже став центром управлінських процесів та умовою функціонування медичного закладу;

- парадигма менеджменту, за якої основна ціль налагодження доброзичливих взаємовідносин (з пацієнтами, без скарг та невдоволення, найкращих з позиції споживача медичних послуг, які формують позитивний імідж медичної установи та сприяють розширенню клієнтури);

- процес залучення суб'єктивної позиції пацієнтів до управлінського процесу з тим, щоб забезпечити собі надходження оптимальної величини фінансових доходів [6].

Беручи до уваги існуючі теоретичні та практичні напрацювання зарубіжних та вітчизняних дослідників, керівництво КНП «ЦМЛ КМР» має їх прискіпливо вивчити та чітко визначитися, який із підходів підходить через призму місії, цілей, наявних матеріальних, фінансових, технічних, інформаційних ресурсів, зайнятої конкурентної позиції на цільовому сегменту ринку медичних послуг, тенденції розвитку медичної галузі, демографічної ситуації в країні з тим, щоб це вписувалося в реалізацію раніше виробленої стратегії розвитку установи. Другою важливою позицією, яку необхідно реалізувати є виявлення інтересів та потреб різних соціальних груп, моніторинг думок пацієнтів щодо рівня задоволення обслуговування та лікування.

Адже клієнтоорієнтована стратегія управління надання медичних послуг організацією будується за принципом врахування потреб пацієнтів. Пацієнт за таких умов повинен перебувати в центрі всіх процесів, контакт та спілкування з ним має формувати певний рівень соціальної комунікації, взаємодії, сприяти лікарю з'ясувати низку питань, пов'язаних із здоров'ям, які необхідно вирішити самому хворому (пацієнту медичної установи) - досягти цілей (одужати, підтримати здоров'я, знизити ризик загострення хвороби, тощо). Кінцевий результат - сам візит клієнта до лікарні має набути форми позитивного досвіду комунікації з медичним закладом та сприяти формуванню підвищеного рівня задоволеності якістю обслуговування [14].

В умовах українських реалій, враховуючи національну ментальність, для КНП «ЦМЛ КМР» реалізація клієнтоорієнтованої стратегії управління вимагає усвідомлення необхідності надання допомоги конкретній людині, а не отримання прибутку від обслуговування хворого. Клієнтоорієнтованість має підтримуватись усіма співробітниками закладу. Вони повинні усвідомлювати та надавати пріоритет потребам пацієнтів при спілкуванні з ним. Щоб досягти поставленої мети в КНП «ЦМЛ КМР», важливо культивувати відповідні цінності. Як правило в цьому випадку важливі співчуття, розуміння, тобто повинна бути емпатійна комунікація.

Окремої уваги потребує робота з соціальним негативом. Шляхом уникнення конфліктних ситуацій є дотримання затверджених умов медичних регламентів, розроблених лікувальних протоколів, стандартизованих процедур обслуговування та етичних правил комунікації. Звичайно, їх потрібно вивчати на доцільність застосування в нових умовах: деякі удосконалювати, а від деяких навіть відмовлятися і нарешті вводити нові. Перегляд має бути протестований, узгоджений з думками пересічних громадян - пацієнтів медустанови.

Як вже зазначалось, ключовим моментом клієнтоорієнтованого управління медичним закладом, виступає оцінка якості наданих послуг. Уточнимо змістовне наповнення поняття «якість» в управлінському процесі, оскільки навколо цього питання точаться дискусії. Якість взагалі визначають як характеристику явища, яка відображає його специфіку, унікальність, те що радикально відрізняє його від інших. Ми схилиємося до думки, що враховуючи специфіку управління в сфері медицини, визначати його якість як інтегровану характеристику сукупності елементів функціонування системи. Ця категорія відображає ефективність соціальної взаємодії між суб'єктами та об'єктами управління в їхньому плануванні досягнення визначених цілей. Стосовно поняття якості надання медичних послуг зазначимо, що вона піддається обліку, має соціальну природу, змінюється під тиском часу та потреб споживачів медичних послуг [2].

В системі охорони здоров'я прийнято орієнтуватися на наступні критерії якості надання послуг:

- якість роботи з організації діяльності;
- якість надання інформації забезпечення її доступності;
- якість медичного персоналу його професіоналізм;
- якість роботи бек-офісу;
- якість забезпечення ефективності роботи, в цілому, та по підрозділам налагодження зворотнього зв'язку [14].

Прив'язуючись до КНП «ЦМЛ КМР», зазначимо, що її діяльність орієнтується на згадані критерії якості на всіх рівнях організаційної структури. Побудова управлінської системи, в рамках окреслених критеріїв, забезпечує високу ефективність вирішення незрілих питань соціального змісту та підтримки здоров'я громадян, що обрали цей медичний заклад для отримання необхідних медичних послуг.

Оцінювання якості наданої медичної допомоги КНП «ЦМЛ КМР» слід проводити на підставі об'єктивних вимірювань за напрямками: оцінка показників ефективності організованої та реалізованої профілактики лікування та безпеки медичної допомоги; оцінка показників якості організації медичної допомоги, її скоординованості; оцінка клієнтоорієнтованості, сфокусованості на допомогу пацієнту; оцінка якості комунікації між лікарем та пацієнтом, безперервності медичної допомоги; оцінка якості роботи, зворотнього зв'язку між пацієнтами та медзакладами.

Доступність отримання медичних послуг - це ще одна складова клієнтоорієнтованої стратегії управління КНП «ЦМЛ КМР» (див. рис. 3.3.) [6].



Рисунок 3.3 – Механізм формування клієнтоорієнтованої стратегії управління медичними закладами

Це загальна загострена проблема в Україні, проблемною вона є і для досліджуваного медичного закладу. Для надання медичних послуг пацієнтам з хронічними захворюваннями, однією із завад є вузька ніша безкоштовних ліків. На можливість отримання медичних послуг чинить вплив відсутність безпосереднього прямого доступу пацієнтів до лікарів вторинної ланки. Вплив негативний, адже для звернення до вузькоспеціалізованого медичного закладу необхідно отримати направлення від сімейного лікаря або в ургентному стані.

Рекомендації щодо розробки формування та впровадження клієнтоорієнтованої стратегії управління на рівні КНП «ЦМЛ КМР» є закономірною та виправданою. Цьому сприяє ряд об'єктивних обставин: по-перше, йде реформування медичної галузі і медицина йде шляхом ринкових перетворень; по-друге, змінюється парадигма управління системи охорони здоров'я, вона змінюється під впливом ринкового середовища, де головним впливовим чинником стає пацієнт, його потреби, його суб'єктивна оцінка; по-третє, сам пацієнт має достатньо високий рівень знань щодо його здоров'я та підходів до лікування, здатності використання альтернативних варіантів отримання, задоволення власних медичних послуг; по-четверте, пацієнти спроможні високо оцінювати діяльність медичних установ та, разом з тим, повідомляти про серйозні не розв'язані проблеми, що пов'язані із доступом до отримання необхідної інформації, роз'ясненням варіантів лікування, отримання рекомендацій щодо застосування лікарських засобів, їх цін, аптечної мережі, постачальників, посередників, підтверджує наявність ефективної комунікаційної взаємодії між медичним працівником та пацієнтом; по-п'яте, хоча в сучасних умовах дедалі більше визнається важливість впровадження клієнтоорієнтованих стратегій управління в практичну діяльність медичних закладів, ані медичні працівники, ані керівництво досі не можуть повною мірою реалізувати цю стратегічну мету та сприймати пацієнта як рівноправного учасника лікувального процесу.

ВИСНОВКИ

Система охорони здоров'я виступає багатокomпонентною структурою, яка поєднує державні й недержавні інституції, орієнтовані на виконання суспільних функцій. Такі функції включають збереження та відновлення здоров'я населення, сприяння підвищенню тривалості та якості життя, а також формування сприятливих умов для активної життєдіяльності. Державна політика визначається як базовий елемент у регулюванні діяльності системи охорони здоров'я, що спрямовує суб'єкти управління на досягнення загальносуспільних цілей. При цьому особливий акцент в даному процесі робиться на необхідність забезпечення балансу між медичною, соціальною та економічною ефективністю, що є ключовими критеріями оцінювання якості управління.

Підсумовуючи зазначимо що з'ясування понятійного апарату відіграє важливу роль оскільки створює основу для створення дієвих працюючих механізмів для вдало організованого державного управління в медичній сфері. Ефективність державного управління у медичній галузі у сучасному тлумаченні є співвідношення між результатами що отримані в процесі досягнення поставлених цілей щодо збереження відтворення та покращення здоров'я населення та витратами ресурсів на цю сферу та саме управління нею. Оцінювання економічної ефективності у визначеному контексті є систематичний діагностичний процес який полягає в порівнянні результатів дій органів публічної влади з офіційно запланованими цілями програмами стандартами Окрім цього визначені співвідношення отриманих результатів із витратами ресурсів на сферу медицини та управління нею.

Відповідно, ефективний механізм керування закладами охорони здоров'я повинен об'єднувати елементи державного, соціального, економічного та організаційного характеру, створюючи умови для задоволення суспільного попиту на якісні медичні послуги. Державне регулювання повинно забезпечувати рівноправність доступу до медичних

послуг незалежно від статусу населення. Водночас важливим є формування механізмів моніторингу, контролю та оцінки ефективності, що дозволяють адаптувати систему до змін у зовнішньому середовищі. В процесі оцінювання ключову роль відіграють критерії за якими здійснюється порівняння результатів отриманих від управління галуззю медицини із витратами на неї до управління нею. Критерії - це основа для порівняння при цьому показниками виступають реальні характеристики публічного управління в сфері охорони здоров'я що будуть вимірюватися та порівнюватися з відповідними критеріями. Моніторинг - це інструмент вимірювання показників оцінювання. Його слід визначати як спеціальне постійне фіксування показників оцінювання з метою виявлення їх відповідності критеріям які відображають ефективність соціально-медичну та економічну у сфері медицини та управління нею. Успішний розвиток сфери охорони здоров'я є критично залежним від суспільної ефективності публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження, КНП «ЦМЛ КМР», включає до свого складу стаціонари, поліклінічні підрозділи та стоматологічне відділення. Медична установа має розгалужену систему підрозділів, що забезпечує комплексність надання медичних послуг — від діагностики до лікування та реабілітації. Така організаційна побудова дозволяє закладу надавати широкий спектр послуг як у межах обов'язкової медичної допомоги, так і на комерційній основі. Важливою складовою управлінської системи є адміністративні, господарські та інформаційно-аналітичні служби, які забезпечують підтримку ефективного функціонування лікарні.

Аналіз структури, динаміки показників діяльності та наданих послуг дозволив виявити, що лікарня ефективно функціонує, адаптуючись до змін у зовнішньому середовищі. Разом із тим, залишаються проблеми, пов'язані з обмеженістю ресурсів, необхідністю підвищення якості послуг і розширення доступності медичної допомоги.

Відповідно, на прикладі КНП «ЦМЛ КМР», визначено, що система охорони здоров'я України має орієнтуватися на сучасні міжнародні стандарти, враховуючи специфіку вітчизняного соціально-економічного середовища, бути попереджувально-профілактичною за своєю сутністю, а також базуватися на засадах децентралізації, самоврядування та поєднання державного та приватного секторів. Відповідно, актуальності набирає впровадження системного підходу до управління закладами охорони здоров'я. Менеджмент в такому разі розглядається як взаємодія суб'єкта управління, зокрема органів державної влади, з об'єктом, яким є медичний заклад. Цей підхід базується на інтеграції фінансових, кадрових, інформаційних і правових компонентів, що сприяє забезпеченню стійкого розвитку закладу, підвищенню якості надання послуг і досягненню медичної та соціальної ефективності. Основою цього механізму є законодавче регулювання, яке визначає стандарти і процедури, обов'язкові для виконання всіма медичними установами. Водночас підкреслимо потребу у створенні гнучких механізмів управління, які враховують специфіку кожного закладу.

Для цього варто формувати пацієнтоцентричну модель надання медичних послуг, що передбачає формування клієнтоорієнтованої стратегії менеджменту. Даний підхід враховує потреби клієнтів, їх платоспроможність та очікування. Запровадження таких механізмів, як зворотний зв'язок, моніторинг задоволеності послугами та впровадження інноваційних рішень, сприятиме формуванню довіри до системи охорони здоров'я і підвищенню її ефективності. Зокрема, зауважимо на доречність застосування успішних зарубіжних моделей, які передбачають активне застосування принципів стратегічного планування, використання механізмів антикризового менеджменту та фінансової прозорості, а їх імплементація буде можлива за рахунок стимулювання розвитку електронної медицини, створення інфраструктурних об'єктів, таких як модульні лікарні, та розширення державної підтримки для незахищених верств населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. Київ: МАУП. 2007. 328 с.
2. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
3. Берлінець І.А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: дис. ... к. держ. упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 217 с.
4. Боденчук Л. Б., Радіонова М. І. Підвищення конкурентоспроможності медичних закладів за допомогою елементів стратегічного менеджменту. *Причорноморські економічні студії*. 2019. Вип. 47(1). С. 114-117.
5. Борщ В. І., Рудінська О. В., Кусик Н. Л. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.
6. Вальчук М.В. Механізми формування клієнтоорієнтованої стратегії управління закладами охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Випуск 38. С. 44-49
7. Вошко І. В. Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к. держ. упр. : 25.00.02 / Класичний приватний університет. 2021. 20 с
8. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президенті України*. 2014. № 3. С. 136-141.
9. Гришко Р., Квасній Л., Гришко О. Управління результативністю роботи медичного закладу в умовах змін. *The actual problems of regional economy development*. 2023. Т. 2, № 19. С. 160–168.
10. Данченко О. Б., Лепський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проєктів проєктно-орієнтованого медичного закладу.

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

11. Долгіх М. В. Теоретичні аспекти формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в США та Великобританії. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. Вип. 3. С. 22-31.

12. Забаштанський М. М., Зуб І. М., Ломонос Р. І., Фенна М. М. Організаційно-економічний механізм розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Науковий вісник Полісся*. 2021. № 1 (22). С. 16–25.

13. Забаштанський М. М., Ридзель Ю. М., Драгунов Д. М., Журман С. М. Світовий досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2019. № 2(18). С. 15-21.

14. Замчий С. В. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на засадах стратегії управління ризиками. *Теорія та практика державного управління*. 2023. Вип. 2. С. 155-172.

15. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161-164.

16. Клименко П. М., Ханенко С. М., Бутківська Т. В., Гусева Г. В., Шкробанець І. Д., Коваленко О. С., Чабан Т. І., Дольнік В. М., Найда І. В., Гук А. П. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 73–82.

17. Лаврентій Д. Система охорони здоров'я: аналіз категоріально-понятійного апарату. *Успіхи і досягнення у науці*. 2024. № 6(6). С. 484 – 497

18. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 3(62). С.126-133.

19. Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 1. С. 91-105.
20. Мартинюк О., Кусик Н., Рудінська О., Криленко В. Формування організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я в сучасній парадигмі розвитку. *Економіка та суспільство*, 2024. №64. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-56>
21. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 66-83.
22. Менеджмент: навчальний посібник / Н.С. Краснокутська та ін. Харків: «Друкарня Мадрид», 2019. 231 с.
23. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. *Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. Право та державне управління*. 2021. № 2. С. 119-125.
24. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України в редакції від 19.08.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 10.11.2024).
25. Основи публічного управління та адміністрування: навчально-методичний посібник для вивчення дисципліни здобувачами першого (бакалаврського) рівня вищої освіти денної та заочної форм навчання, спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» / Держ. біотехн. ун-т ; авт.-уклад. О.О. Гуторова. Харків : [б. в.], 2024. 215 с
26. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка*. 2017. № 1. С. 92-95.
27. Піроженко Н. Теоретичні засади стратегування в сфері охорони здоров'я як умови автономізації медичних закладів. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. Вип. 2. С. 33-38.

28. Пристая М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право.* 2023. Том 1 № 80. С. 557-562.

29. Ревко А. М. Медична підсистема соціальної інфраструктури регіону як домінанта формування людського потенціалу. *Проблеми і перспективи економіки та управління*, 2021. №4(16), С. 154–160.

30. Рогачевський О., Залевський В. Критерії цільової ефективності соціально-економічної системи в галузі охорони здоров'я. *Проблеми і перспективи економіки та управління.* 2021, №4(24), С. 51–56.

31. Розгон О. В. Особливості впровадження сервісних інновацій у сфері охорони здоров'я: стратегії та механізми. *Економіка та право.* 2022. № 2. С. 56-66.

32. Савостенко Т. О., Шевченко Л. Г., Соломаха О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання: стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2022. Вип. 2. С. 38-45.

33. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 19-20. С. 161–166.

34. Слабкий Г., Козар Ю. Міжнародний досвід пацієнтоорієнтованості системи медичної допомоги. *Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет».* 27-28 лютого 2023 року. Ужгород, 2023. С. 61-65

35. Соколенко Я. В., ХарченкоЮ. П. Основні аспекти розвитку механізмів публічного управління в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування,* 2024. №12. URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-12-02-05>

36. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160–166.

37. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584> (дата звернення: 14.11.2024).

38. Шевчук Р. В. Державно-управлінські рішення для розвитку мережі закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Публічне управління та адміністрування*. 2023. Том 34 (73). № 1. С. 168–173.

39. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 20. С. 101-108

40. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

41. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Management and entrepreneurship in Ukraine: the stages of formation and problems of development*. 2021. Vol. 3, numb. 2. С. 127-139.

ДОДАТКИ