

Центральноукраїнський національний технічний університет

(повне найменування вищого навчального закладу)

Економічний факультет

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра „Економіка, менеджмент та комерційна діяльність”

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Допущена до захисту:

В.о. завідувача кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності

„___” _____ 20__ р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та
КД

№__ від „___” _____ 20__ р.)

Кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Удосконалення менеджменту закладу охорони здоров'я»

Виконала: студентка II курсу, групи
МЕ 21 М

спеціальності 073 «Менеджмент»

(шифр і назва спеціальності)

Діхтяренко Тетяна Сігізмундівна

(прізвище, ініціали, підпис)

Керівник к.екон.н., доц.

Глевацька Наталія Миколаївна

(наук.ст., вч.звання, прізвище, ініціали, підпис)

Рецензент _____

(прізвище, ініціали, посада)

Рецензент _____

(прізвище, ініціали,
посада)

м. Кропивницький – 2022 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ
МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, особливості та економіко-правові основи менеджменту
закладу охорони здоров'я

1.2. Методи управління закладами охорони здоров'я

1.3. Основні завдання первинної медичної допомоги

1.4. КНП «ЦПМСД №1» у системі охорони здоров'я Кіровоградської
області і м. Кропивницький

Висновки до розділу

РОЗДІЛ 2. МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЦЕНТР
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1
М. КРОПИВНИЦЬКОГО» МІСЬКОЇ РАДИ МІСТА
КРОПИВНИЦЬКОГО» (КНП «ЦПМСД №1»))

2.1. Загальна характеристика підприємства КНП «ЦПМСД №1» та
результатів його діяльності

2.2. Аналіз забезпеченості, динаміки та структури персоналу КНП
«ЦПМСД №1»

2.3. Аналіз руху персоналу та матеріального стимулювання

Висновки до розділу

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ
ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КНП «ЦПМСД №1»)

3.1. Пропозиції щодо удосконалення менеджменту роботи сімейних
лікарів КНП «ЦПМСД №1»

3.2. Пропозиції щодо удосконалення маркетингової діяльності КНП
«ЦПМСД №1»

3.3. Пропозиції щодо профілактики емоційного вигорання у медичних
працівників КНП «ЦПМСД №1»

Висновки до розділу

Висновки

Список використаних джерел

Додатки

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ
І ТЕРМІНІВ

АЗПСМ	амбулаторія загальної практики –сімейної медицини
ГО	госпітальний округ
ДЛ	дільнична лікарня
ЕМД	екстрена медична допомога
КДЦ	консультативно діагностичний центр
ЛЗП-СЛ	лікар загальної практики-сімейний лікар
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
ОДА	обласна державна адміністрація
ОЗ	охорона здоров'я
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
РЛ	районна лікарня
УОЗО	управління охороною здоров'я
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	центральна районна лікарня

ВСТУП

Актуальність. На сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я в умовах економічної кризи, військового стану та динамічних змін організація діяльності медичних установ набуває особливої значущості. Керівники медичних закладів повинні справлятися з цими бурхливими змінами та зробити так, щоб заклади були конкурентними і уникали нових загроз. Фахівці з медичного менеджменту України у сучасних умовах повинні забезпечувати раціональну фінансово-господарську діяльність у закладах охорони здоров'я, а також доцільне використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. При цьому потрібно враховувати і пам'ятати, що заклади охорони здоров'я є виробниками особливого товару у формі медичних послуг – збереження здоров'я нації.

Менеджмент закладу охорони здоров'я - складний процес, його основною є вибір оптимальних рішень, при цьому постійно враховуються, внутрішні проблеми організації, побажання трудового колективу та особисті інтересів, а також мінлива економічна та політична ситуації.

Все приведене визначає актуальність обраної нами теми, оскільки низька якість управління - це передумови до зниження якості медичних послуг, що надаються населенню, скорочення заробітної плати та погіршення соціальної атмосфери в колективі та іміджу медичного закладу.

Відтак, виникає потреба в імплементації технологій та інструментів сучасного менеджменту у сьогодишню практику управління закладами охорони здоров'я.

Проблеми удосконалення менеджменту закладу охорони здоров'я вивчалися і вирішувалися багатьма вченими, зокрема такими науковцями: О. Баєва, В. Бикова, В. Борщ, В. Брич, В. Василенко, Ю. Вороненко, О. Дмитрук, Є. Саржевська та іншими. Медичні послуги і менеджмент ЗОЗ сьогодні дуже стрімко розвиваються, в результаті, розроблені наукові праці є базовими, і потрібні нові наукові здобутки та практичні рекомендації.

Мета випускної кваліфікаційної роботи полягає в дослідженні теоретико - методичних та прикладних питань менеджменту закладу охорони здоров'я та обґрунтуванні пропозицій щодо його удосконалення на прикладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»).

Для досягнення мети було поставлено такі **завдання**:

- уточнити понятійно - категорійний апарат дослідження.
- дослідити терміни «менеджмент», «менеджмент закладу охорони здоров'я», проблеми менеджменту закладу ПМД;
- проаналізувати сутність види та принципи первинної медичної допомоги;
- дослідити менеджмент закладу первинної допомоги на прикладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»);
- розробити і запропонувати пропозиції щодо удосконалення менеджменту закладу охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – менеджмент закладу охорони здоров'я України.

Предмет дослідження - теоретико - методичні та прикладні питання менеджменту закладу охорони здоров'я на прикладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»).

При написанні випускної кваліфікаційної роботи застосовувалися як загальнонаукові, так і спеціальні **наукові методи**: історичний, діалектичний, логічного сходження від абстрактного до конкретного – при вивченні теоретичних основ менеджменту закладів охорони здоров'я; системно-структурний аналіз економічних процесів та явищ, методи кількісних та якісних порівнянь – при проведенні аналізу фінансово - господарської діяльності «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»), статистичного та порівняльного аналізу - під час проведення оцінки динаміки загальних показників функціонування Центру; табличний метод - для відображення аналітичної інформації;

графічний - для наочного зображення статистичного матеріалу, підкріплення окремих теоретичних і практичних положень дослідження, SWOT- аналіз КНП «ЦПМСД» №1, метод системного аналізу, методи індукції та дедукції – при обґрунтуванні рекомендацій щодо удосконалення менеджменту закладом у сфері охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження є закони України і нормативні акти Верховної Ради України, постанови Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, документальний матеріал управління охорони здоров'я Міської ради м. Кропивницький, статистичні щорічники Державної служби статистики України та Євростату, а також статистичні та аналітичні матеріали «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»), наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених у галузі організації управлінської праці, а також матеріали науково - практичних конференцій та семінарів, довідкова, періодична література, інтернет - ресурси та інші джерела інформації. У роботі здійснена обробка та аналіз інформації за допомогою сучасних програмних продуктів.

Наукова новизна одержаних результатів. У випускній кваліфікаційній роботі отримано наукові результати, які в цілому вирішують важливе науково-прикладне завдання, що полягає в аналізі проблем менеджменту закладу охорони здоров'я та розробці пропозицій щодо його удосконалення на прикладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1»).

Апробація результатів випускної кваліфікаційної роботи. Основні наукові положення та висновки роботи апробовано автором 8 грудня 2022 року, у V Міжнародній науково-практичній конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України» за темою «Первинна медична допомога: основні проблеми на прикладі КЗ «ЦПМСД №1».

Практичне значення одержаних результатів. Висновки та пропозиції

випускної кваліфікаційної роботи можуть бути використані у діяльності державного навчального закладу Центральноукраїнський національний технічний університет. Також, зміст роботи може бути корисним, як теоретичний матеріал для професійної підготовки бакалаврів в галузі знань «Менеджмент».

Структура роботи. Робота складається з переліку умовних позначень, вступу, 3 розділів, які включають підрозділи, висновку, списку використаних джерел та додатки. Повний обсяг роботи 90 сторінок. Робота містить 27 таблиці, 20 рисунків, 9 додатків. Список використаних джерел викладений на 9 сторінках і налічує 74 найменувань (із яких 7 англійською мовою).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, особливості та економіко-правові основи менеджменту закладу охорони здоров'я

Розглядаючи теоретико-методологічну сутність менеджменту в контексті його вживання у сфері охорони здоров'я як макросистеми, то ми використовуємо наступне визначення: «Менеджмент в охороні здоров'я - це наука управління, регулювання і контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я» [1].

Мета менеджменту в охороні здоров'я - зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності і смертності населення при наявних ресурсах. Задача менеджменту в охороні здоров'я - це найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів і раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Об'єкт менеджменту в охороні здоров'я - лікувально-профілактична установа (медичне підприємство, установа і т.д.).

Суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я – управлінський апарат, органи (Міністерство охорони здоров'я, головні лікарі, зав. відділеннями, начальники клінік і т.д.).

Управління (менеджмент) взагалі можна трактувати з одного боку - як процес впливу на кого-небудь або що-небудь, і разом з тим, з другого боку - як систему управляючих суб'єктів, об'єктів управління і управлінських дій. Таким чином, і управління установами охорони здоров'я, можна розглядати з двох позицій:

1. З одного боку, менеджмент в охороні здоров'я - це процес впливу на матеріальні, трудові і фінансові відносини (матеріальні, трудові і фінансові ресурси), їх організацію для реалізації економічної і соціальної політики

лікувально-профілактичної установи.

2. З другого боку, управління в охороні здоров'я – це сукупність всіх органів апарату управління лікувально-профілактичною установою і їх управлінських дій.

Аналіз управління (менеджменту) визначається його принципами, методами, функціями і цілями управління.

Виділяють наступні принципи менеджменту:

1. Організаційні, координаційні і оперативні принципи, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу. Серед них: влада і відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; централізація; лінійне управління; порядок; стабільність; ініціатива і ін.

2. Принципи розвитку, направлені на оптимізацію взаємостосунків і підвищення ефективності колективної діяльності. Це — дисципліна, справедливість, підкорення індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, постійність персоналу, винагороди і ін.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету, представництва установи. Методи управління бувають (сама загальна класифікація): - організаційно - розпорядливі - економіко – господарчі - правові - соціально-психологічні. Крім того, до методів управління відносять: - методи підкріплення і стимулювання; - методи регулювання поведінки; - методи по оптимізації трудового процесу і зростання відповідальності співробітників; - розвиток ініціативи співробітників і підвищення індивідуальної майстерності.

Функції управління визначаються рівнем системи управління.

Система управління будь-якого об'єкту має 3 рівні: - стратегічний - на даному рівні визначаються цілі і можливі результати в перспективі - тактичний – цей рівень дозволяє оптимально визначити конкретні задачі, організацію, поетапне виконання і контроль результатів - оперативний – цей рівень забезпечує ефективне виконання виробничих процесів з оптимальним використанням наявних ресурсів. До цього рівня можна віднести облік,

контроль і аналіз діяльності вже функціонуючих структур.

Розглянемо менеджмент в контексті його вживання у сфері охорони здоров'я як мікросистеми – управління безпосередньо медичною установою як самостійною господарською одиницею.

В управлінні лікувально-профілактичною установою присутні дві сторони: - суб'єкт управління (керівники); - об'єкт управління (трудові, фінансові і матеріальні ресурси).

В лікувально-профілактичній установі діють три рівні системи управління:

- стратегічний рівень (головний лікар, директор);
- тактичний рівень (заступники головного лікаря по напрямках і розділах роботи, включаючи головну (старшу) медичну сестру);

- оперативний рівень (керівники відділень, підрозділів, які не мають в підлеглих інших керівників, включаючи старших медичних сестер відділень).

Ефективність управління установою охорони здоров'я визначається упровадженням наукової організації праці, тобто створення оптимальних умов для ефективного використання співробітниками робочого часу. Особливе місце у виконанні ухвалених рішень займає упровадження в роботу медичних установ сучасних технічних засобів для оперативного збору, зберігання, обробки і транспортування інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Все це досягається автоматизацією системи управління охороною здоров'я, тобто постійне забезпечення керівників органів і установ охорони здоров'я необхідними відомостями для реалізації задач обліку, планування, стратегічного і оперативного управління. Крім того, ефективність управління повинна розглядається не тільки у вигляді оптимізації технологічних рішень, але і з урахуванням адекватних психологічних установок.

Серед чинників, що заважають розвитку індивідуальних якостей у фахівців - управлінців, можна виділити: відсутність особистих ціннісних орієнтацій; відсутність особистої зацікавленості; недостатня професійна

кваліфікація; невміння впливати на людей; невміння самоудосконалюватися; невміння володіти собою; відсутність почуття обов'язку; необов'язковість; неорганізованість; нечесність; невміння підпорядковувати особисті інтереси задачам і установкам груповим, колективним і ін. Для ефективного управління важливі мотивація - зацікавлена діяльність і прихильність персоналу, поєднання виробничих, фізіологічних і психологічних орієнтирів. Серед якісних способів дії на колектив в менеджменті важливу роль грає стиль лідерства (сукупність методів управління і психології управління).

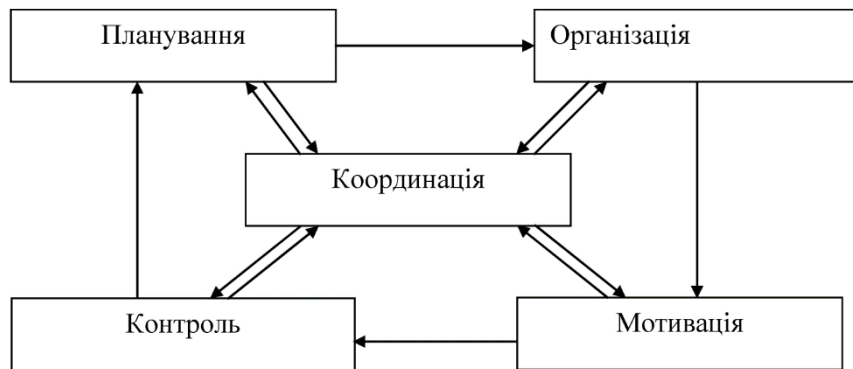
Управління – це цілеспрямований, поступальний процес, що забезпечує ефективне функціонування системи і її розвиток в певних умовах при наявних ресурсах. Управління – це наука, мистецтво, професія і діяльність [5, с. 18]. Управління як вид діяльності в тій чи іншій мірі здійснюється кожною людиною, яка приймає і реалізує прийняті рішення щодо себе особисто, своєї сім'ї, освіти, роботи, відпочинку тощо. Для менеджера управління є професійною діяльністю. В даний час поняття «управління» і «менеджмент» найчастіше використовуються як ідентичні, взаємозамінні.

Управління закладом сфери охорони здоров'я (далі ЗСОЗ) – це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта робить управління ним надзвичайно складним. Слід вказати, що управління медичною організацією є ключовою проблемою ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Від правильно обраної концепції управління та практичної її реалізації залежить стан господарюючого суб'єкта, динаміка його розвитку і кінцеві результати діяльності (якість медичних послуг, зниження захворюваності населення, підвищення економічної ефективності тощо) [20, с. 34]. Досягнення цих цілей залежить багато в чому від належної підготовки, підбору та розстановки кадрів, які повинні вибрати потрібну систему, принципи, методи та стиль управління, необхідні для керівництва організацією.

Слід зазначити, що сьогодні суб'єкт управління – менеджер (зав. кабінетом, відділенням, головний лікар, керівник управління) в процесі

управління виконує п'ять основних функцій: планування, організацію, координацію, мотивацію, контроль (рис. 1.1).

Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.



Джерело: складено автором на основі [33, с. 255].

Рис .1.1. Взаємозв'язок п'яти основних функцій управління

У функції стратегічного рівня входить розробка та прийняття рішень (стратегічних) з урахуванням можливостей закладу з метою вдосконалення його діяльності [36, с. 79]. Тактичний рівень несе відповідальність за оптимальний розподіл ресурсів відповідно до обраного на стратегічному рівні рішенням. Цей рівень відповідає за організацію роботи з окремих напрямків діяльності установи. Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання прийнятих вище рішень в своїх підрозділах. Оперативний рівень відповідає за практичну реалізацію прийнятих стратегій розвитку організації. У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи: 1) стратегічний рівень – головний лікар; 2) тактичний рівень – заступники головного лікаря по медичній частині; 3) оперативний рівень – керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

Слід зазначити, що медична діяльність є досить специфічною частиною невиробничої сфери, а медична послуга відрізняється від будь-якої іншої, але застосування теорії класичного менеджменту в охороні здоров'я можливо за умови внесення деяких коректив. Справедливість такого твердження доводиться вже наявним досвідом застосування методів менеджменту в організації управління у деяких (особливо недержавних) медичних установ. На тлі загальних тенденцій розвитку вітчизняного виробництва в бік застосування теорії і практики менеджменту в управлінні система охорони здоров'я дуже сильно відстає. Про це свідчать відсутність фахівців в області медичного менеджменту, недостатність літератури на дану тематику.

Такі науковці як М. Стівен, А. Шортел та Д. Калюжний зазначають, що: «Підвищення ефективності охорони здоров'я як системи повинно реалізовуватися через поліпшення якості управління, а отже, реформи медицини необхідно починати з переосмислення ролі та функції менеджменту» [38, с. 101]. «Конструктивний менеджмент, підкріплений знанням економіки, повинен бути центром будь-якої реформи в охороні здоров'я, що включає в себе все необхідне для поліпшення здоров'я населення без підвищення ціни медичних послуг. Необхідність впровадження методів сучасного менеджменту в практику вітчизняної охорони здоров'я набуває все більшої актуальності і пов'язана з орієнтацією країни на розвиток ринкових відносин. Тому роль організатора охорони здоров'я, яка була провідною в управлінні медичними установами часів СРСР, змінюється на роль менеджера, керуючого ввіреній йому організацією в умовах ринкової економіки. Однак перехід до управління охороною здоров'я з позицій сучасного менеджменту ускладнюється низкою особливостей», - зазначає О. Баєва [6, с.15].

Вітчизняна медицина представлена в основному бюджетними установами, сенсом існування яких є досягнення ряду соціальних цілей (лікування, профілактика та реабілітація захворювань), які функціонують на некомерційній основі.

Цілі медичної організації істотно відрізняються від цілей інших фірм. Вони значно складніші, а виміряти отримані результати дуже важко, оскільки можливість застосування кількісних показників обмежена.

У медичних організаціях дуже високий ступінь автономності лікарів та медичних сестер, що знижує можливість контролю керівників над їх діяльністю.

Спостерігається поєднання високої спеціалізації з необхідністю тісного взаємозв'язку різних професійних груп співробітників.

Незважаючи на те, що комерційні організації охорони здоров'я функціонують для отримання прибутку як основної мети діяльності, їх робота немислима без її соціальної складової – лікування захворювань, їх профілактики та реабілітації.

Дух суперництва між співробітниками, наявний у багатьох компаніях не завжди прийнятний в організаціях охорони здоров'я: важко уявити собі лікаря, який приховує від колег інформацію про хворого і необхідних останньому методах лікування (не випадково в традиціях медицини присутній такий інститут, як консиліум – обговорення кількома лікарями складній ситуації і пошук оптимального виходу з неї).

Медичним працівникам та їхнім керівникам в процесі професійної міжособистісної комунікації потрібно враховувати відмінності у вихованні, інтелектуальному і культурному рівні пацієнтів, в їх вікових, статевих, етнічних, релігійних особливостях особистості. Тут необхідний вірний психологічний контакт з хворим, який ще потрібно знайти і забезпечити, так як це впливає на якість медичних послуг.

Діяльність лікарів та медсестер перенасичена вимушеним спілкуванням з пацієнтами, яке неможливо регулювати за своїм бажанням (можна вибрати собі «приємного» пацієнта з числа осіб, які потребують надання медичних послуг). Це сприяє підвищенню рівня стресу та розвитку «синдрому емоційного вигорання» та навіть руйнування психіки медичних працівників. До цього ж призводить також висока інтенсивність їхньої праці, постійна

відповідальність за життя і здоров'я людей, існування професійної шкідливості (наявність інфекційних агентів, іонізуючої радіації, електромагнітного випромінювання тощо), а також низький рівень оплати їх праці, який не відповідає витраченим зусиллям.

Простежується якийсь конфлікт між статусом лікаря як представником вільної професії, історично який передбачає роботу на самого себе, який надає допомогу стражденним, і статусом найманого (підневільного) працівника, який працює на власника, – це призводить до того, що медичний персонал намагається вирішувати питання оплати своєї праці, минаючи касу організації.

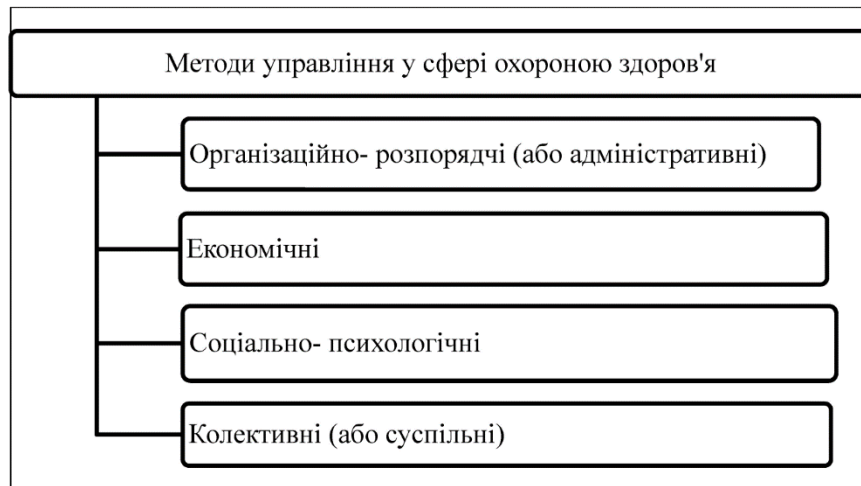
Бурхливий розвиток медичних технологій підштовхує медичного працівника на пошук якихось «ідеальних» клінік, але поряд з цим його часто долає почуття страху не впоратися з сучасним обладнанням в цих організаціях.

Великою проблемою є поєднання необхідності отримання прибутку медичної організацією та належної якості надаваних нею послуг – власники клініки (інвестори), вклавши в її створення великі гроші і максимізуючи прибуток, можуть не оновлювати і недостатньо обслуговувати обладнання, порушувати технологічні процеси, спрощувати схеми лікування, використовувати багаторазовий інструментарій, що веде до зниження якості послуг, що надаються.

Ще одна проблема – асиметрія інформації між лікарем та пацієнтом. Останній погано обізнаний про медичні послуги, які він купує, а рішення про вибір конкретної медичної допомоги зазвичай приймається лікарем (діагностика, лікування, госпіталізація, періодичність повторних відвідувань тощо). Тут лікар має унікальну можливість впливати на попит медичних послуг, а керуючись власними економічними мотивами (особливо при гонорарної системі оплати праці), може призначати не завжди потрібне обстеження та лікування (попит, стимульований виробником).

Ці та інші особливості призводять до злиття в єдиний конгломерат не

тільки принципів менеджменту, що використовуються в сучасному управлінні організаціями, але також етичних, деонтологічних та психологічних позицій, народжуючи специфічний вид управління – медичний менеджмент, від якості якого залежить не тільки властивість медичних та сервісних послуг, але і здоров'я, і життя людей.



Джерело: складено автором на основі [33, с. 255].

Рис. 1. . Основні методи управління у галузі охорони здоров'я

Все сказане вище впливає на думку вчених, що займаються питаннями менеджменту охорони здоров'я. Одні з них вважають, що закони управління єдині для організацій всіх галузей народного господарства і будь-яких особливостей в управлінні медичним господарюючим суб'єктом немає. Інші вважають охорону здоров'я специфічною областю сфери послуг, де нарівні зі знанням менеджменту необхідно добре знати не тільки саме лікування, а й такий розділ медицини, як суспільне здоров'я і охорону здоров'я. У зв'язку з цим можна виділити три основні моделі керівництва медичною організацією (див. рис.1..)

На сьогоднішній день в Україні створено досить потужну законодавчо-правову основу управління закладом сфери охорони здоров'я [35]. Дану основу системи утворюють Конституція України, закони та підзаконні акти, а також міжнародні акти, що ратифіковані ВРУ.

Однак, слід зазначити, що досить часто Закони України містять окремі

норми, які не узгоджуються між собою. Можуть навіть протирічити одна іншій. Наступним нормативним блоком виступають підзаконні акти, які регулюють окремі аспекти діяльності закладів охорони здоров'я.

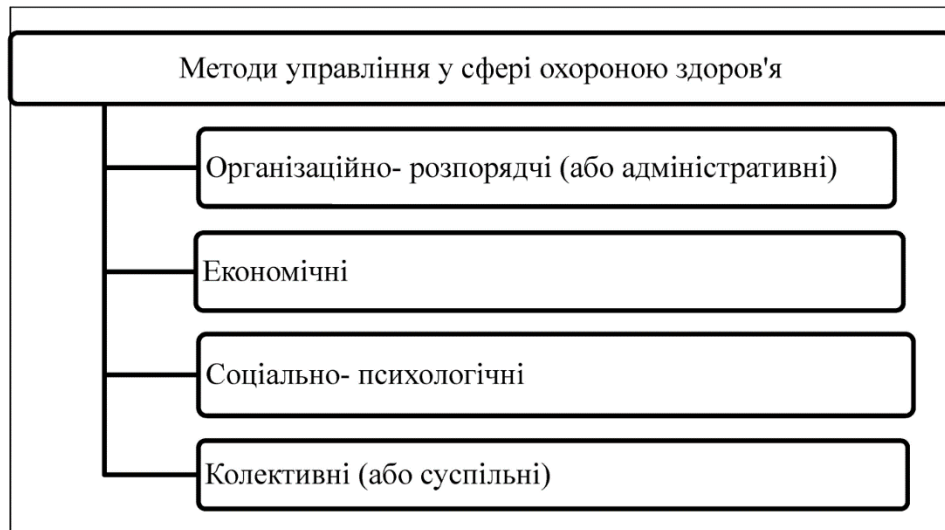
Таким чином, в Україні створено законодавчо-правову основу управління закладом сфери охорони здоров'я.

1.2. Методи управління закладами охорони здоров'я

У процесі управління медичним закладом використовується безліч різноманітних способів, підходів та прийомів [7]. В сукупності вони виступають як методи управління, під якими розуміються способи здійснення управлінської діяльності, застосовувані для постановки і досягнення її цілей. Велике значення для ефективного управління має оптимальне поєднання різних методів управління. Методи управління являють собою способи, а також сукупність прийомів впливу на колективи людей або окремих медичних працівників у процесі їх трудової діяльності. Розрізняють такі методи управління у сфері охороною здоров'я: організаційно-розпорядчі (або адміністративні); економічні; соціально-психологічні; колективні (або суспільні) (рис. 1.2).

Організаційні методи управління відображають статику управління – це організаційна структура медичного закладу, його штати, порядок та правила діяльності, статут, договори, контракти тощо [30, с. 21]. Організаційна структура є одним з найважливіших інструментів управління.

З її допомогою формуються складові елементи та зв'язки між ними.



Джерело: складено автором на основі [33, с. 255].

Рис. 1. . Методи управління МЗ

В медичній установі основними елементами є його лікувальні та діагностичні відділення, а також інші допоміжні структури. Між цими структурними елементами існують певні зв'язки, які можуть бути: вертикальними (лінійними, ієрархічними), які визначають відносини підпорядкування; горизонтальними (функціональними), які призначені для узгодження дій між підрозділами. Як правило, ці зв'язки існують одночасно та називаються лінійно-функціональними зв'язками.

Розпорядчі методи відображають динаміку управління. Це різного роду управлінські рішення [19, с. 69].

Адміністративні методи управління представляють собою сукупність способів щодо здійснення владного (примусово-розпорядчого) впливу. Вони засновані на праві керуючої підсистеми (органу управління або керівника) приймати управлінські рішення у вигляді наказів, розпоряджень, інструкцій і обов'язковому їх виконанні керованою підсистемою.

В управлінні охороною здоров'я використовується досить велика кількість способів адміністративного впливу (див. рис. 1.).



Джерело: складено автором на основі [33, с. 255].

Рис. 1.3. Адміністративні методи управління МЗ

«Адміністративні методи звичайно швидко дають результати на відміну від економічних та соціально-психологічних способів впливу, результати яких, як правило, проявляються з певним «лагом часу» (тобто з певною затримкою)», - зазначають О.Баєва та І.Солоненко [50, с. 37]. Однак, в сучасних умовах жорстке адміністрування, ігнорування мотивацій колективу та окремих працівників нерідко призводить до погіршення соціально-психологічного клімату в медичному закладі (підрозділі), зниження якості медичної допомоги, створення негативного іміджу.

Я. Радиш зауважує, що: «На даний час в нашій країні пріоритет мають економічні методи управління, які включають в себе економічний аналіз діяльності медичного закладу, методи планування та прогнозування, статистичні методи. Особливе значення має метод економічного стимулювання, який дозволяє матеріально зацікавити лікарів в якісному виконанні медичних послуг.» [29, с. 16].

«Економічні методи управління можна уявити як сукупність способів щодо здійснення впливу за допомогою економічних категорій (вартість, ціна, собівартість, рентабельність, прибуток, витрати, результат, ефект, ефективність, збиток), - продовжує свою думку Я. Радиш, - вони засновані на застосуванні економічного стимулювання колективів, створенні матеріальної зацікавленості окремих членів колективу в досягненні поставленої мети. Ці методи дозволяють шляхом активізації економічних інтересів об'єкта управління орієнтувати його діяльність в напрямку ефективного використання наявних ресурсів без безпосереднього постійного втручання суб'єкта управління (тобто керівника). Сьогодні економічні методи

управління – це необхідна умова для забезпечення доступності та високої якості медичної допомоги, послуг і товарів сфери охорони здоров'я при обмежених ресурсах, зростаючих витратах, пов'язаних з інфляцією та спадом виробництва вітчизняного обладнання та ліків» [29, с.18].

Соціально-психологічні методи управління можна розглядати, як сукупність засобів впливу на колектив, на процеси, що відбуваються в колективі, на окремих працівників. Це вміння мотивувати працівника до праці та співпраці, формування свідомої дисципліни, сумлінного ставлення до роботи, створення сприятливого психологічного клімату в колективі. Тому в завдання менеджера входить формування психологічно єдиних, зрілих колективів.

Соціально-психологічні методи управління являють собою сукупність способів щодо здійснення впливу на духовні інтереси працівників, формування їх світогляду. Вони засновані на міжособистісних відносинах та використанні соціально-психологічних закономірностей розвитку особистості і трудових колективів.

Соціально-психологічні методи управління можна розділити на дві групи: 1) прямі методи; 2) непрямі методи.

До прямих методів соціально-психологічного впливу відносять: навіювання; переконання; наслідування; залучення; примус; спонукання (підвищення морально-суспільної значущості майбутньої роботи) (рис. 1.4).

Г. Щьокін вважає, що: «Непрямі методи розрізняються за формами опосередкованого впливу, вони створюють заздалегідь задану ситуацію, в рамках якої виконується робота» [54, с. 23]. Це опосередкування може здійснюватися:

- умовами праці, тобто створенням певної ритмічності, привабливості, ступеня навантаження. Так, в поліклініці певна ритмічність та оптимальна ступінь навантаження забезпечується розподілом потоку хворих працівниками реєстратури, використанням форми «самозапису» до лікарів, організацією долікарської кабінету, наявністю повної та доступної для

пацієнта інформації щодо режиму діяльності підрозділів, часу прийому лікарів-фахівців тощо;

- елементами системи управління: положеннями, посадовими інструкціями, організаційною структурою, формами контролю та стимулюванням;

- шляхом створення відповідного соціально-психологічного клімату в колективі.

Суспільні або колективні методи управління мають на увазі демократизацію управління, тобто розширення участі працівників у виконанні управлінських функцій. При цьому використовуються такі колективні організаційні структури, як колегії, медичні ради, ради трудових колективів, які створюються при головному лікарі в якості дорадчого органу. Як правило, до складу цих дорадчих органів включаються заступники головного лікаря, керівники громадських організацій, а також ті фахівці, які користуються особистим авторитетом в колективі та мають великий багаж знань.

Рішення колегії або ради не мають юридичної сили. На підставі їх рішення головний лікар може видати наказ, тоді з юридичної точки зору це правомірно, і наказ належить до виконання.

Організаційно-розпорядчі методи засновані на обов'язковому виконанні дій, що управляють, управлінських рішеннях, які прийняті вищестоящими органами управління [31]. Застосування таких методів більш характерно для державного сектора охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у державній та комунальній власності.

Методи, засновані на економічній зацікавленості суб'єктів сфери охорони здоров'я, властиві ринковому саморегулюванню. Такі методи більш характерні для недержавного ринкового сектора охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у приватній власності або орендуються.

Соціально-психологічні методи, іменовані також методами морального стимулювання, переконання, засновані на морально-етичних принципах,

установках.

Підводячи підсумки теоретичної частини дослідження управління в сфері охорони здоров'я, слід наголосити, що метою управління є зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення при наявних ресурсах. До основних особливостей управління охороною здоров'я відносять: особливу відповідальність прийнятих рішень, від яких залежить життя та здоров'я людей; труднощі, а іноді і неможливість передбачення віддалених наслідків, прийнятих рішень; труднощі, а іноді і неможливість виправлення неправильних рішень. Завданням управління є найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

1.3. Основні завдання первинної медичної допомоги

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала первинну медичну допомогу (ПМД) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Диспропорції в системі охорони здоров'я (ОЗ) України призводять до переважного використання більш вартісної спеціалізованої допомоги в лікарнях, наслідком чого стає зниження якості медичних послуг при одночасному збільшенні суспільних витрат. Виходом з цієї ситуації ВООЗ визнала створення інтегрованої системи надання медико-санітарної допомоги, де на ПМД покладається функція вирішення всіх проблем, які можливо вирішити на її рівні, а стаціонарна допомога надається лише за умови неможливості вирішення проблем на рівні ПМД.

Моделі організації ПМД розрізняються в різних країнах, що зумовлено історичним розвитком національних систем ОЗ в різних соціальних, економічних і культурних обставинах. Однак єдиним для більшості систем ПМД базовим елементом була і залишається загальна практика сімейної медицини (ЗП-СМ), яка найбільше відповідає змісту і функціям ПМД.

Визнано, що в рамках ПМД саме загальна практика сімейної медицини може забезпечити доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я; інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг; раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я; рентабельність ПМД. Окремі елементи ЗП-СМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМД завдяки ефекту синергії. Тому при розробці моделі ПМД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов необхідно передбачити всі необхідні елементи, навіть якщо на цьому етапі відсутні можливості для їх реалізації. Щоб визначити складові елементи моделі ПМД на місцевому рівні, необхідно знати основні характеристики ЗП-СМ, що притаманні високоефективним системам ОЗ (рис.1).

На сьогодні ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги: [24]

1. Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.
2. Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.
3. Підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції ПМД і заходів громадського здоров'я.
4. Зміна принципів управління закладами ПМД шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

Таблиця 1. .

Світові тенденції в розробці сучасної моделі ПМД

№	Аспекти	Традиційна модель ПМД	Сучасна модель ПМД
1.	Основна діяльність	Діагностика і лікування гострих випадків захворювань. Епізодична медична допомога	Профілактика, нагляд та підтримка при хронічних захворюваннях. Всеохоплююча, безперервна допомога
2.	Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Більше проактивний (ініційований медпрацівником)
3.	Фокус уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади у здоров'ї
4.	Принцип виділення ресурсів на ПМД	Залежно від попиту на певні медичні послуги	Відповідно до потреб громади у здоров'ї («Здоров'я для всіх»)
5.	Підхід до надання ПМД	Уніпрофесійний (заснований лише на лікарській допомозі)	Мультипрофесійний (заснований на роботі команди різних фахівців)
6.	Організація	Окремий лікар в амбулаторії	Команда професіоналів з надання ПМД
7.	Стосунки «лікар-пацієнт»	Обмежуються епізодом звернення і часом консультації	Довгострокові особисті стосунки
8.	Стиль консультування	Патерналістський, центрований на лікарі	Партнерський, центрований на пацієнті, інформована згода
9.	Прийняття клінічних рішень	Клінічна «свобода» лікаря	Дотримання стандартів і протоколів. Доказова медицина
10.	Мета ведення медичної документації	Паперові нотатки для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців
12.	Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їхнього власного здоров'я і здоров'я громади загалом
13.	Відповідальність за здоров'я громади	Покладається на медичний сектор	Застосовується міжсекторальний підхід із активним залученням самої громади.

Розроблено автором на основі джерел

Тому головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і пацієнторієнтованої ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.

Найбільш важливі тенденції реформування ПМД наведено в Таблиці 1.1.

Основними принципами організації та надання послуг з ПМД є: безпечність; результативність; своєчасність; економічна ефективність; недискримінація; орієнтованість на людину.

Первинна медична допомога має бути доступною. Доступність першого контакту визначається як можливість для пацієнта отримати медичну допомогу протягом часу, адекватного його стану. Саме сімейні лікарі можуть оцінити стан пацієнта і його потреби в медичній допомозі з урахуванням його особистих інтересів.

Основними параметрами доступності ПМД є:

- достатня кількість лікарів та медсестер (фельдшерів);
- територіальне розташування закладів ПМД відповідно до щільності проживання населення;
- години роботи закладу ПМД;
- можливості відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення при відвідуванні закладів ПМД тощо.

Для комплексної оцінки доступності ПМД також використовується інструмент (від англійських слів availability, accessibility, affordability, adequacy, acceptability) (рис.1.).

На відміну від інших видів медичної допомоги, взаємодія лікаря і пацієнта в ПМД не обмежується окремим епізодом захворювання. Тобто, ПМД повинна мати безперервний характер. Охоплення ПМД конкретної людини має бути постійним: з моменту її народження (а іноді й раніше – наприклад, у випадку ведення вагітної) і до смерті (а іноді й пізніше – наприклад, до моменту виписки довідки про смерть). Це забезпечує безперервність догляду за пацієнтами впродовж усього їхнього життя.

Окремими аспектами безперервності є: організаційна безперервність та інформаційна безперервність.

Організаційна безперервність забезпечує найбільш ефективне надання допомоги конкретному пацієнтові з урахуванням усіх його наявних проблем зі здоров'ям. Це можливо за умови персонального закріплення пацієнта за конкретним лікарем, який добре знає і пацієнта, і місцеву систему охорони здоров'я (в тому числі кваліфікацію медичних працівників, котрі там

працюють). Інформаційна безперервність забезпечує накопичення інформації про конкретного пацієнта як документованої (амбулаторна карта), так і в пам'яті сімейного лікаря, а також можливість передачі та отримання такої інформації за потреби (наприклад, при направленні пацієнта на стаціонарне лікування, на консультацію до інших фахівців або на проведення лабораторних та діагностичних досліджень).

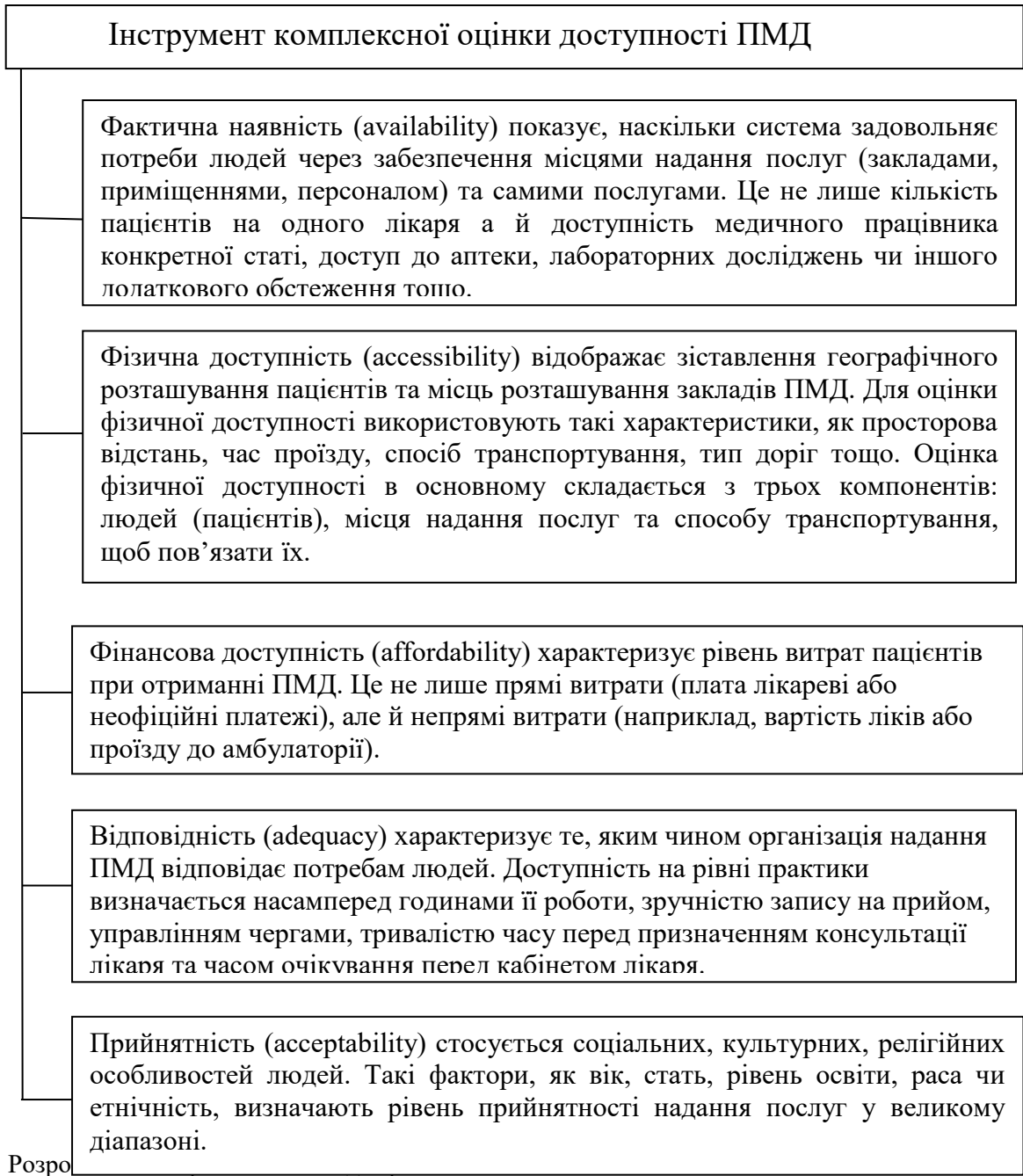


Рис. 1. Інструмент комплексної оцінки доступності ПМД

Сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником у системі охорони здоров'я, тобто здійснюється координаційна функція ПМД. Це пов'язано зі стримуванням надмірних витрат в системах охорони здоров'я, причиною яких є дублювання функцій різними ланками ОЗ, адже саме вільний доступ пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги призводить до такої ситуації. Надмірні витрати стосуються публічних коштів в ОЗ і витрат самих пацієнтів.

Співробітництво – одна з найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я.

Незалежно від моделі створення та функціонування надавача ПМД, обсяг послуг ПМД та вимоги до їх надання населенню є однаковими.

1.4. КНП «ЦПМСД №1» у системі охорони здоров'я Кіровоградської області і м. Кропивницький

У 2019 р. демографічна ситуація Кіровоградської області місті Кропивницький мала регресивний тип вікової структури населення. Так, співвідношення вікових груп за демографічними поколіннями склало: 2019 р. питома вага дітей (0 – 14 років) – 15,2 % (2018 р. – 15,2 %), батьків (15 – 49 років) – 45,7 % (2018 р. – 46,0 %), прабадьків (50 років і старші) – 39,1 % (2018 р. – 38,7 %)[].

Високий коефіцієнт постаріння населення «згори, який визначає частку осіб, що досягли першого порогу старості – 60 років серед всього населення, він становив 24,6 %, проти показника 2018 р. – 24,3 % (Україна 2018 р. – 23,4 %). За шкалою Россета такий рівень показника – це «дуже високий рівень демографічної старості».

Таблиця 1..

**Аналіз структури населення, яке обслуговує КНП «ЦПМСД №1» за
2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відх. у %	Абсолютне відх. +/-				
		2017	2018	2019	2020	2021		2021/ 2017	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020
1	Чисельність населення, яке обслуговує первинна ланка медичної допомоги-амбулаторно-поліклінічна служба м.Кропивницького	239748	237175	235946	233820	231162	-3,6	-2573,0	-1229,0	-2126,0	-2658,0	-8586,0
2	Кількість прикріпленого (наявного) населення за закладом, всього. В т.ч.:	124391	125905	130856	127720	126260	1,5	1514,0	4951,0	-3136,0	-1460,0	1869,0
	Дитяче	19604	20322	23392	22920	22760	16,1	718,0	3070,0	-472,0	-160,0	3156,0
	Доросле	104787	105583	107464	104800	103500	-1,2	796,0	1881,0	-2664,0	-1300,0	-1287,0
3	Кількість укладених декларацій про вибір лікаря	-	81181	103794	113371	111786	-	-	22613,0	9577,0	-1585,0	-

Джерело: складено автором на основі []

Розглянемо більш докладніше структуру населення які обслуговує КНП «ЦПМСД №1» за період з 2017 по 2021 р.р. (див. табл.1.). Скоротилась чисельність населення, яке обслуговує первинна ланка за останні 5 років на 3,6 % або 8586 осіб. Причини:

- демографічне скорочення чисельності населення.
- збільшення числа медичних закладів – конкурентів, які надають медичні послуги.

У 2022 р. ми спостерігаємо скорочення чисельності населення по причині відтоку людей за кордон у зв'язку з військовими діями.

Розглянемо більш докладніше динаміку зміни структури населення за п'ять років. З 2017 по 2019 р.р. ми бачимо зростання кількості прикріпленого населення за закладом відповідно на 1,2 та 3,9 %. Значно скоротилося число населення у 2020-му та 21 роках відповідно на 2,4 та 1,1 %, або на 3136 та 1460 осіб. Хоча в цілому за п'ять років ми спостерігаємо зростання на 1,5 %. Що говорить про якісну роботу керівництва та працівників закладу.

У 2017 по 2019 р.р. ми бачимо (див. табл. 1) зростання числа дитячого населення, яке закріплене за закладом, відповідно на 3,7 та 15,1 %. І,

відповідно, скорочення його чисельності за останні 2 роки на 472 та 160 осіб. Число дорослого населення, яке прикріплене за закладом теж мало відповідно тенденцію до зростання з 2017 по 2019 р. У 2020 та 2021 р.р. скорочення відповідно на 2664 та 1300 осіб. Однією з причин є вплив пандемії. Аналіз кількості укладених декларацій про вибір лікаря ми можемо проводити лише з 2018 по 2021 р.. Дані свідчать, що 2018 по 2020 роки число укладених декларацій збільшувалася відповідно на 27,9 та 9,2 відсотки відповідно, тоді як у 2021 р. це число скоротилося на 1585 одиниць. В цілому тенденції у структурі населення, яке обслуговує КНП «ЦПМСД №1» негативні. А війна вже сьогодні має значні негативні зрушення і ми прогнозуємо на майбутнє значні кризові зрушення.

У 2021 р. під нагляд педіатрів надійшло 744 новонароджених (в 2020 р. -721 новонароджених).

Смертність серед дорослого населення, яке прикріплене за КНП «ЦПМСД №1» у 2021 р. склала 859 осіб. Основні причини смертності через захворювання дорослого населення та осіб працездатного віку, яке прикріплене за КНП «ЦПМСД №1» за останні п'ять років представлені в таблиці 2. .

Як видно з табл. 2. . у 2021 р. найбільші відсотки смертності з причин захворювання дорослого населення були, за останні 5 років: через хвороби системи кровообігу – 61,37; злоякісні новоутворення відповідно 13,4 %; а захворювання органів травлення склало – 2,9 %. Зміни смертності через ці причини в порівнянні з 2017 р. відповідно склали: (-17,6); (-37,2) відсотки та (-16,6) %.

Структура смертності:

У структурі смертності дорослого населення за причинами:

- на I місці смертність від хвороби системи кровообігу - 61,3 %;
- на II місці смертність від злоякісних новоутворень - 13,4%;
- на III місці хвороби органів травлення та інфекційні захворювання - 2,9%.

Аналіз структури смертності за причинами осіб працездатного віку показує, що в нашому закладі:

- на I місці, знаходяться злоякісні новоутворення – 31,5 % (в 2020 р.- 36,1 %);
- на II місці хвороби кровообігу – 26,6 % (в 2020 р.- 24,3 %);
- на III місці - захворювання органів травлення – 12,1 % (2020 р. – 11,0 %).

Показник поширеності захворювань серед дорослого населення за 2021 р. становив 5014,0 на 10 тисяч населення, це на 6,1 % менше ніж в 2020 р. (5319,0). Зменшення відбулося за рахунок карантинних заходів з приводу коронавірусної інфекції коли кількість звернень пацієнтів до лікарів зменшилась.

В структурі поширеності захворювань:

на I місці хвороби системи кровообігу – 41,3 % (2020 р. – 43,4 %);

на II місці хвороби дихання – 30,1 % (2020 р. – 28,3 %);

на III місці хвороби травлення – 9,9 % (2020 р. – 10,3 %).

Серед дитячого населення такий показник, як поширеність захворювань за 2021 р. знизився на 54,6 % - 6544 захворювань, відповідний період 2020 р. - 11971 захворювань.

В дитячому віці в структурі захворювань близько 90,0% складають хвороби органів дихання.

Таблиця 1.3

Поширеність захворювань серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» населення у 2017-2021 роках

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					(±)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Структура поширеності захворювань (на 10 тис населення):											
	хвороби кровообігу	5877,4	174,8	3400,9	2544,1	1899,9	-97,0	1845,6	-25,2	-25,3	-67,7	-3977,5
	у %	57,5	12,1	29,2	43,4	41,3	-79,0	141,3	48,6	-4,8	-28,2	-16,2
	хвороби дихання	1437,2	1085,2	1279,9	1655,0	1385,7	-24,5	17,9	29,3	-16,3	-3,6	-51,5
	у %	14,1	75,3	19,6	28,3	30,1	434,0	-74,0	44,4	6,4	113,5	16,0
	хвороби травлення	1607,6	65,2	787,5	601,7	431,7	-95,9	1107,8	-23,6	-28,3	-73,1	-1175,9
	у %	15,8	4,5	12,1	10,3	9,9	-71,5	168,9	-14,9	-3,9	-37,3	-5,9
2	Захворюваність з діагнозом вперше в житті серед дорослого населення: (на 10 тис. населення)	1483,8	1028,0	1441,1	1880,4	1574,5	-30,7	40,2	30,5	-16,3	6,1	90,7
	хвороби органів дихання	1050,5	744,7	1085,2	1511,5	1285,2	-29,1	45,7	39,3	-15,0	22,3	234,7
	хвороби системи кровообігу	231,4	143,1	174,8	148,3	75,3	-38,2	22,2	-15,2	-49,2	-67,5	-156,1
3	Захворюваність населення у дитячому віці: (на 1 тис дитячого населення)	1105,2		649,9	377,1	482,4	-100,0		-42,0	27,9	-56,4	-622,8
	хвороби органів дихання	1049,2		609,3	359,5	458,5	-100,0		-41,0	27,5	-56,3	-590,7

Джерело: складено автором на основі []

Показник поширеність захворювань серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» населення у 2021 р. становив 5014,0 на 10 тисяч населення, це на 6,1 % менше, ніж в 2020 р. (5319,0). Зменшення відбулося за рахунок карантинних заходів з приводу коронавірусної інфекції, коли кількість звернень пацієнтів до лікарів зменшилась.

Аналіз структури поширеності захворювань серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» населення за останні п'ять років представлений у таблиці 2.3. і має такий вид. Хвороби кровообігу, дихання та травлення у 2017 р. відповідно склали: 6367,9; 1500,7; 1790,2 на 10 тис. населення. У 2021 р. число захворювань зазначеними хворобами була відповідно: на 2967,0; 220,8; 1002,8 меншою.

Також, за останні п'ять років відбулось скорочення захворюваності з

діагнозом вперше в житті серед дорослого населення: (на 10 тис. населення) на 256,9 і серед населення у дитячому віці (на 1 тис дитячого населення) на 415,2 в порівнянні з 2017 р. (див. табл.1,.).

Якщо порівнювати захворюваність з діагнозом вперше в житті серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» дорослого населення у 2021 і 2020 р.р., то це число збільшилось на 20,9 %, за рахунок реєстрації гострих захворювань хвороб органів дихання.

За результатами 2021 р. захворюваність на рак прямої кишки залишилась майже на рівні минулого року 24 випадки, (2020 р. - 23), але показник занедбаності зменшився з 39,1 % за 2020 р. до 29,2 % 2021 р.

Захворюваність на рак молочної залози зменшилась, за 2020 р. виявлено 48 випадків, аналогічний період 2020 р. – 64 випадки. Показник занедбаності зменшився з 31,3 % в 2020 р. до 15,6 % у 2021 р.

Збільшилась захворюваність на рак щитовидної залози на 42,9 %, але занедбаність в звітному періоді знизилась до 10,0 % з 28,6 за 2020 р. (2020 р. - 7 випадків, 2021 р.-10 випадків).

Серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» населення у дитячому віці за 2021 р. знизилась поширеність захворювань на 54,6 %, з 11971 у 2020 р. до 6544.

Оскільки в дитячому віці в структурі захворювань близько 90,0 % це хвороби органів дихання, то показники поширеності і захворюваності зменшились в зв'язку зі зменшенням зареєстрованих захворювань органів дихання за 2021 р. в порівнянні з 2020 р.

Рівень захворюваності на злоякісні пухлини серед дорослого населення, яке закріплене за КНП «ЦПМСД №1» у 2017-2021 р.р., який представлений у таблиці 1..., нажалі має негативну динаміку.

Аналізуючи показники діяльності онкологічної служби за останніх 5 років, слід відмітити, що показник рівня захворюваності на злоякісні пухлини знизився на 37,9 % у 2021 р. у порівнянні з аналогічним періодом 2020 р. і склав 275,6 на 100 тис. населення проти 380,0.

Зріс відсоток занедбаності у порівнянні з аналогічним періодом 2021 р., який склав 23,9 % проти 17,6 % у 2020 р..

В структурі онкологічної захворюваності нашого закладу:

на I місці - злоякісні новоутворювання шкіри – 65,0 %;

на II місці - злоякісні новоутворення молочної залози -63,0 %;

на III місце - злоякісні новоутворення легенів, трахеї – 47,0 %.

Показник смертності від злоякісних новоутворень у 2021 р. становить 128,9 на 100 тисяч населення, в 2020 р. складав 167,8. Всі показники, що стосуються онкологічної служби необхідно корелювати з обмеженням доступу до надання допомоги та отримання інформації у зв'язку з пандемією COVID-19 та впровадженням обмежувальних заходів.

Зросли такі захворюваності як: злоякісні пухлини – на 15,5 %; рак молочної залози – 31,6 %. За той самий період відбулось скорочення захворюваності на: рак прямої кишки - 26,7 %; рак щитовидної залози – 42,9 %.

Структура онкологічної захворюваності серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» дорослого населення у 2017-2021 р. представлена у таблиці 1.. Злоякісні новоутворювання шкіри, молочної залози, легень і трахеї у 2017 р. мали такі питомі частки у загальному числі: 11,5 %; 13,7 % та 7,5 %. Нажаль, за останні п'ять років відбулось зростання за цими захворюваннями серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» дорослого населення, відповідно до числа: 15,9 %; 15,4 %; та 8,2 %.

Показник смертності від злоякісних новоутворень серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» дорослого населення у 2017-2021 роках зріс з 235,6 до 259,8 на 100 тис. населення (див. табл.1.).

Таблиця 1..

Структура онкологічної захворюваності серед закріпленого за КНП «ЦПМСД №1» дорослого населення у 2017-2021 роках

(на 100 тис. населення)

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					(+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Структура онкологічної захворюваності дорослого населення:											
	злоякісні новоутворювання шкіри	93,0	104,0	107,0	61,0	65,0	11,8	2,9	-43,0	6,6	-30,1	-28,0
	у %	15,3	17,2	15,9	12,4	13,0	12,4	-7,6	-22,0	4,8	-15,0	-2,3
	злоякісні новоутворення молочної залози	77,0	89,0	104,0	66,0	63,0	15,6	16,9	-36,5	-4,5	-18,2	-14,0
	у %	12,7	14,7	15,4	13,4	12,6	15,7	4,8	-13,0	-6,0	-0,8	-0,1
	злоякісні новоутворення легень і трахеї	63,0	55,0	55,0	50,0	47,0	-12,7	0,0	-9,1	-6,0	-25,4	-16,0
	у %	10,4	9,1	8,2	10,2	9,4	-12,5	-9,9	24,4	-7,8	-9,6	-1,0
2	Показник смертності від злоякісних новоутворень на 100 тисяч населення	225,9	259,8	241,4	236,4	185,2	15,0	-7,1	-2,1	-21,7	-18,0	-40,7
	у %											

Джерело: складено автором на основі []

В структурі онкологічної захворюваності населення, яке закріплене за КНП «ЦПМСД №1» у 2020 р.:

- на 1 -му місці - злоякісні новоутворювання шкіри – 13,0 %;
- 2-ге місце - злоякісні новоутворення молочної залози -12,5 %;
- на 3-тньому місці - злоякісні новоутворення легень і трахеї - 9,4 %.

Показник смертності від злоякісних новоутворень за 2021 р. становить 128,9 на 100 тисяч населення, у 2020 р. відповідно він складав 167,8, тобто зменшення на 23,1 % (див. табл.1.). Всі показники, що стосуються онкологічної служби необхідно корелювати з обмеженням доступу до надання допомоги та отримання інформації у зв'язку з пандемією COVID-19 та впровадженням обмежувальних заходів.

Таблиця 1..

Аналіз роботи ЛКК КНП «ЦПМСД №1» у 2017-2021 роках

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					(+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Визнано інвалідами працездатного віку	45,0		52,0	59,0	51,0	-100,0		13,5	-13,6	13,3	6,0
	у %	6,3		6,7	7,7	6,8	-100,0		14,9	-11,7	7,9	0,5
2	Рівень первинного виходу на інвалідність серед дитячого населення(на 10 т. нас.)	8,0		5,0	15,7	25,9	-100,0		214,0	65,0	223,8	17,9
	у %	4,1		2,2	2,6	2,2	-100,0		18,2	-15,4	-46,3	-1,9

Джерело: складено автором на основі []

ЛКК КНП «ЦПМСД №1» у 2021 р. було визнано 52 особи (на 10 тис. нас.) осіб працездатного віку, що на 2 особи більше, ніж у 2017 р., згідно таблиці 1.. рівень первинного виходу на інвалідність серед дитячого населення(на 10 т. нас.) знизився у 2021 р. в порівнянні з 2017 р. на 3 особи.

Оцінка роботи ЛКК КНП «ЦПМСД №1» згідно даних закладу.

Всього визнано інвалідами у 2021 р. - 431 осіб; 2020 р. – 432; 2019 р. – 436 осіб; 2018 р. - 447 осіб; 2017 р. – 432 особи. Кількість зменшилась в порівнянні із 2017р.

Зменшилась кількість інвалідів серед військовослужбовців у 2021 р. - 19 осіб (4,1 %); 2020 р.- 19 осіб (4,4 %); 2019 р.-26 осіб (5,96 %); 2018 р. - 44 осіб (9,8 %); 2017 р. – 45 осіб (10,1 %).

Збільшилась кількість інвалідів з трудового каліцтва: 2021 р. - 6 осіб (1,5 %); 2020 р.-5 осіб (1,2 %); 2019 р.- 4 осіб (0,9 %); 2018 р.-3 осіб (0,7 %); 2017 р. – 3 осіб (0,8 %) та профзахворювань 2020 р. – 11 осіб (2,4 %); 2020 р. - 10 осіб (23 %); 2019 р.-9 осіб (2,1 %); 2018 р.- 7 осіб (1,6 %); 2017 р. -6 осіб (1,5 %).

Основну групу становлять інваліди з загального захворювання: 2021 р. – 89,3 %; 2020 р. - 85,6 %; 2019 р.-82,3 %; 2018 р.-80,98 %; 2017 р. – 80,42 %.

За 2021р. вперше визнано інвалідами, які були направлені на МСЕК – 67 осіб (15,5 %), в 2020 р. – 63 особи (14,3 %); в 2019 р.-54 особи (12,4 %), в 2018 р.- 53 осіб(11,9 %); 2017 р. – 51 особа (10,8 %). Серед вперше визнаних

інвалідами переважають чоловіки: 2021р. – 58,3 % 2020 р. - 50,5 %, 2019 р. - 56,4 %, 2018 р. - 57,5 % 2017 р. – 55,8 %. Це в основному інваліди терапевтичного профілю.

В структурі інвалідності серед дорослого населення переважають (за даними МСЕК):

-на першому місці із злоякісними новоутвореннями 2021 р. – 28,6 %; 2020 р. – 29,9 %; 2019 р.-26,6 %; 2018 р.-28,2 %; 2017 р. – 27,8 %.

-на другому місці захворювання системи кровообігу 2021 р. – 14,9 %; 2020 р. -14,1 %; 2019 р. - 18,3 %; 2018 р. – 15 %; 2017 р. – 15,3 %.

-на третьому місці захворювання кістково-м'язової системи 2020 р. - 9,2%; 2020р - 9%; 2019р.-5,96%; 2018р.-6,7%; 2017р. – 6,3%.

Кількість інвалідів серед співробітників - 18, з них: жінок-15, чоловіків-3, інваліди 2-гр.-2 осіб, інваліди 3-ї.гр.- 16 осіб. Безтерміново визначена інвалідність у 14 осіб Вперше визнано інвалідами в 2020р. - 2 особи (2019р.-3 особи).

Показник ефективної реабілітації, стабільності груп інвалідності у людей з обмеженими можливостями, які повторно оглянуті у бюро МСЕК 82% - 2021 рік; 84,3% - 2020р.; 89,4% - 2019р.; 81,96% - 2018рік; 80,4% - 2017рік.

Основними причинами первинної інвалідності є: тяжкий перебіг захворювань, які не дивлячись на своєчасну діагностику та якісне лікування призвели до інвалідності внаслідок розвитку важких незворотних функціональних порушень 77,6%. Важкість захворювань зумовлена зневажливим ставленням пацієнтів до свого здоров'я 15,4% Соціально-економічні причини становлять 22,2%, з них більша кількість хворих в похилому віці. Медико-організаційні причини становлять - 5,97%, це в основному відсутність або низька якість профілактичних оглядів та важкість діагностики захворювань.

Таблиця 1..

Основні напрями протитуберкульозної роботи КНП «ЦПМСД №1»

у 2017-2021р.р.

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					(+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Показник профілактичних оглядів на туберкульоз серед дорослого населення методом флюорографії	592,7	599,0	573,6	622,4	522,9	1,1	-4,2	8,5	-16,0	-11,8	-69,8
2	Рентгенографія органів грудної клітини з профілактичною метою	6484,0	5924,0	5961,0	8094,0	8119,0	-8,6	0,6	35,8	0,3	25,2	1635,0
3	Профілактичні огляди дорослого населення, з метою раннього виявлення туберкульозу на 1000 дорослого населення	556,0	656,0	630,0	637,6	619,9	18,0	-4,0	1,2	-2,8	11,5	63,9
4	Показник охоплення дітей які підлягали діагностиці туберкульозу складає 1000,0 на 1000 дітей	1000,0	1001,0	1000,4	1000,0	1000,0	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
5	Профілактичний огляд населення з метою раннього виявлення хворих на туберкульоз на 1000 населення	692,0	682,9	644,9	641,3	635,6	-1,3	-5,6	-0,6	-0,9	-8,2	-56,4

Джерело: складено автором на основі []

У 2021 році серед закріпленого населення було визнано інвалідами працездатного віку 46 осіб, рівень первинного виходу на інвалідність (на 100 тис. населення) склав - 59,3 проти 54,7 у аналогічному періоді 2020 року 39 осіб.

Рівень первинного виходу на інвалідність дитячого населення (10 тисяч дитячого населення) склав - 11,7% (2021р. - 27 осіб).

Основні напрями протитуберкульозної роботи КНП «ЦПМСД №1» у 2017-2021р.р. нами представлені у таблиці 1..

Основними напрямками протитуберкульозної роботи в закладі є раннє виявлення, діагностика та профілактика туберкульозу.

Згідно даних закладу показник профілактичних оглядів на туберкульоз серед дорослого населення методом флюорографії у 2021 році збільшився на 5,3%. Рентгенографія органів грудної клітини з профілактичною метою у 2021 році збільшилась на 52,9%.; профілактичні огляди дорослого населення, з

метою раннього виявлення туберкульозу на 1000 дорослого населення збільшились на 27,3%. У 2021 році охоплення дітей, які підлягали діагностиці туберкульозу складає 1000,0 на 1000 дітей. Профілактичний огляд населення з метою раннього виявлення хворих на туберкульоз на 1000 населення збільшено на 4,8%.

Показник профілактичних оглядів на туберкульоз серед дорослого населення методом флюорографії знизився та склав у 2021 році 44436 обстежень (відповідно у 2020 р. - 47811 обстежень).

Рентгенографія органів грудної клітини з профілактичною метою було 5393 (у 2020 р. - 4406). Профілактичні огляди дорослого населення, з метою раннього виявлення туберкульозу на 1000 дорослого населення становлять 470,95 (2020 р.-502,3). Показник охоплення дітей які підлягали діагностиці туберкульозу складає 1000,0 на 1000 дітей. Профілактичний огляд населення, яке закріплене за КНП «ЦПМСД №1» з метою раннього виявлення хворих на туберкульоз у 2021 році складає 89,4 на 1000 населення (у 2020 році - 520,9).

Отже у підсумку нашого аналізу ми можемо сказати, що:

- рівень госпіталізації прикріпленого населення стабілізувався і має тенденцію до зниження;
- знижується частота викликів швидкої медичної допомоги до прикріпленого населення;
- збільшилось число відвідувань прикріпленого населення КНП «ЦПМСД № 1» з профілактичною метою;
- підвищилось число охоплення профілактичними щепленнями прикріпленого населення;
- стабілізувався рівень захворюваності хворобами соціального характеру: туберкульоз, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, онкологічні захворювання;
- покращилась обґрунтованість призначення лікарських засобів і дотримання правил виписування рецептів пацієнтам тощо.

Висновки до розділу 1

Управління ЗСОЗ – це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.

У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи: 1) стратегічний рівень – головний лікар; 2) тактичний рівень – заступники головного лікаря по медичній частині; 3) оперативний рівень – керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

Отже у підсумку нашого аналізу структури населення, яке обслуговує КНП «ЦПМСД №1» за період з 2017 по 2021 р.р ми можемо сказати, що:

- рівень госпіталізації прикріпленого населення стабілізувався і має тенденцію до зниження;
- знижується частота викликів швидкої медичної допомоги до прикріпленого населення;
- збільшилось число відвідувань прикріпленого населення КНП «ЦПМСД № 1» з профілактичною метою;
- підвищилось число охоплення профілактичними щепленнями прикріпленого населення;
- стабілізувався рівень захворюваності хворобами соціального характеру: туберкульоз, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, онкологічні захворювання;
- покращилась обґрунтованість призначення лікарських засобів і дотримання правил виписування рецептів пацієнтам тощо.

РОЗДІЛ 2

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1 М. КРОПИВНИЦЬКОГО» МІСЬКОЇ РАДИ МІСТА КРОПИВНИЦЬКОГО» (КНП «ЦПМСД №1»))

2.1. Загальна характеристика підприємства КНП «ЦПМСД №1» та результатів його діяльності

З метою покращення доступності і підвищення ефективності медичного обслуговування населення а також для того щоб продовжувати розвиток інституту сімейної медицини у місті Кіровограді (сьогодні Кропивницький) на VI скликанні сесії Кіровоградської міської ради 4 липня 2013 р. було прийняте рішення (№ 2395) щодо створення комунального закладу «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Кіровограда» (КЗ «ЦПМСД №1») [].

КЗ «ЦПМСД №1» є багатопрофільним закладом охорони здоров'я – це комунальне унітарне некомерційне та неприбуткове підприємство, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах, та послуги по паліативній медичній допомозі будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та його Статутом[].

Майно підприємства - власність територіальної громади міста Кропивницького в особі Міської ради міста Кропивницького. КЗ «ЦПМСД №1» правонаступник всього майна, всіх прав та обов'язків комунального закладу «Центральна міська лікарня м. Кіровограда», ідентифікаційний код 05493846. Адреса вул. Кропивницького, 22, м. Кропивницький Тел\факс: (066) 447-18-12 e-mail: kzcprmsd1@krmr.gov.ua [].

Адреси КЗ «ЦПМСД №1»:

- <https://uozkrmr.gov.ua/about-us/81-kz-centr-pervinnoyi-mediko->

sanitarnoyi-dopomogi-1-m-kirovograda.html;

- <https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fuozkmr.gov.ua%2Fabout-us%2F81-kz-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-1-m-kirovograda.html>

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико – санітарної допомоги №1 м. Кропивницького» Міської ради міста Кропивницького» (далі - КНП «ЦПМСД №1») отримало ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2018 р. №2337.

В рамках реалізації медичної реформи в Україні КНП «ЦПМСД №1» станом на 01.11.2020 р. підписав 112333 декларацій з пацієнтами. Наразі, відповідно до укладених декларацій, Центр обслуговує 24074 дітей віком від 0 до 17 років та 88259 дорослого населення [].

Первинну медико-санітарну допомогу закріпленому за КНП «ЦПМСД №1» населенню надають 77 лікарів та 136 середніх медичних працівників.

Орган управління КНП «ЦПМСД №1» - управління охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького. КНП «ЦПМСД №1» здійснює статутну некомерційну діяльність, з метою отримання соціальних та інших результатів без одержання прибутку [].

Підприємство у своїй діяльності керується законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, а також іншими актами законодавства України та Статутом. [].:

Повне найменування Підприємства – Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 м. Кропивницького» міської ради міста Кропивницького». Скорочене

найменування Підприємства – КНП «ЦПМСД № 1».

Місцезнаходження КНП «ЦПМСД № 1: 25006, місто Кропивницький, вулиця Кропивницького, будинок 22.

Основною метою діяльності КНП «ЦПМСД №1» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає та/або перебуває на території міста Кропивницького, при цьому не обмежуючись вказаним населеним пунктом, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я [].

Основними принципами діяльності КНП «ЦПМСД №1» є: професіоналізм, комплексність та партнерство[].

Організаційна структура КНП «ЦПМСД № 1» представлена в Додатку. КНП «ЦПМСД № 1» самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність і затверджує штатний розпис за погодженням з Органом управління. Організаційна структура КНП «ЦПМСД № 1» – лінійно – функціональна.

Таблиця 2.

Структура КНП «ЦПМСД № 1»

№	Структура КНП «ЦПМСД № 1»
1	Адміністративно-управлінський відділ.
2	Допоміжні підрозділи, у тому числі господарчі.
3	Лікувально-профілактичні підрозділи (амбулаторії, які включати фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, медичні пункти, кабінети окремих лікарів).

Структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються керівником КНП «ЦПМСД № 1».

Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників КНП «ЦПМСД № 1» затверджуються його керівником. Штатну чисельність КНП «ЦПМСД № 1» керівник визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану підприємства, затвердженого в установленому законодавством та цим

Статутом порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

До складу КНП «ЦПМСД №1» входять 10 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини за якими згідно наказу управління охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького від 21.10.2020 року №144 закріплено наявне населення в кількості 129372 чоловік (дорослого населення 106160 чол., дітей 23212 чол.) [].

Декларації з дитячим населенням – на 3,7 % більше, ніж було доведено чисельність дитячого населення, а доросле населення, це 83,1 % від доведеної чисельності.

Крім того, наказом Департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації від 13 липня 2020 р. №231-к до переліку базових медичних закладів ввійшло КНП «ЦПМСД №1», яке забезпечує в закладі для 8 лікарів-інтернів проходження інтернатури за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина.

Розглянемо основні показники економічної діяльності підприємства (табл..2.). Отримані доходи за останні 5 років з 2017 по 2021 роки зросли на 147,65 % і склали у 2021 р. 86152,6 тис. грн. Причина такого зростання - реструктуризація підприємства.

Таблиця 2.

**Основні показники економічної діяльності КНП «ЦПМСД №1» за
2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
	Отримані доходи, тис.грн.	34788,7	62618,9	62100,3	74335,0	86152,6	80,00	-0,83	19,70	15,90	147,65	51363,90
	Витрати	34788,7	56746,4	55611,30	66213,8	78786,5	63,12	-2,00	19,07	18,99	126,47	43997,80
	Оплата праці, тис.грн	20439,7	23400,20	39723,43	45821,90	46003,4	14,48	69,76	15,35	0,40	125,07	25563,63
	Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду, осіб	308	296	298	310	312	-3,90	0,68	4,03	0,65	1,30	4,00
	Середньомісячна зарплата штатних працівників, грн.	5552,1	6414,7	11074,8	12317,7	15079,3	15,54	72,65	11,22	22,42	171,60	9527,19
	Фінансовий результат за загальним фондом (профіцит"+"; дефіцит"-")	0,00	5872,5	6489,0	8212,2	7366,1		10,50	26,56	-10,30		7366,10

Джерело: складено автором на основі []

Разом з тим за останні п'ять років ми спостерігаємо зростання витрат підприємства 126,47 від або 43997,8 тис. грн. найбільше зросли витрати у 2021 р. на 37,04 %. Зросла оплата праці за останні 5 років її ріст склав 178,67 %. Разом з тим облікова кількість штатних працівників за останні 5 років скоротилася на 3,25 або на 10 осіб. Середньомісячна зарплата штатних працівників зросла на 186,89 % і склала у 2021 р. 15928,19 грн.

Фінансовий результат КНП «ЦПМСД №1» зріс майже у 151 рази і склав у 2021 р. 7366,1 тис. грн. В цілому реструктуризація підприємства показує позитивну економічну динаміку за останні 5 років. Звичайно війна внесла корективи у діяльність КНП «ЦПМСД №1». Негативні результати ми бачимо вже сьогодні і кризові явища будуть тільки поглиблюватись у наступних періодах.

Таблиця 2.

Аналіз елементів доходів КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг),(включно з Національної служби охорони здоров'я України) всього у т.ч.:	36822,9	59267,4	60745,9	67846,0	74460,0	60,9	2,49	11,7	9,8	102,2	37637,1
2	Дохід з місцевого бюджету за програмою підтримки	31913,3	2643,1	1770,3	1089,6	1654,5	-91,72	-33,02	-38,45	51,8	-94,8	-30258,8
3	Дохід з місцевого бюджету за цільовими програмами, у тому числі:	2864,1	3418,8	1567,1	1103,0	1243,5	19,37	-54,16	-29,62	12,7	-56,6	-1620,6
4	Міська програма розвитку галузі охорони здоров'я на 2016-2020 роки	2309,7	2418,8	1280,0	1103,0	1243,5	4,72	-47,08	-13,8	12,7	-46,2	-1066,2
5	Інші доходи від операційної діяльності	11,3	14,0	13,0	15,6	673,0	23,89	-7,14	20,0	4214,10	5855,8	661,7

Джерело: складено автором на основі []

У 2020 р. КНП «ЦПМСД №1» був реорганізований шляхом перетворення в комунальне підприємство. До цього часу лікарня була бюджетною установою, яка мала свою специфіку фінансово-господарської діяльності.

Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), (включно з Національної служби охорони здоров'я України) за 2017 по 2019 роки зростав. а у 2020 – 2021 роках зріс на 9,8 % і склав у 2021 р. 74460,0 тис. грн. Найбільш питому вагу в структурі доходів КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2019 роки займали бюджетні асигнування, які з кожним роком мали тенденцію до збільшення.

Розглянемо витрати КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роках (див. табл. 2.). Заробітна плата зросла на 96,5 % і склала у 2021 р. 46003,4 тис.грн. Збільшились і нарахування на оплату праці на 97,8%. Зросла стаття «Предмети, матеріали, обладнання та інвентар» на 37,7%. У 2021 р. були відсутні витрати на заходи по реалізації державних (регіональних) програм.

Таблиця 2.

**Аналіз елементів витрат за обмінними операціями КНП «ЦПМСД №1»
за 2017-2021р.р.**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1.	Матеріальні затрати	4055,8	6264,1	5363,0	6274,80	7442,6	54,45	-14,39	17,00	18,61	83,51	3386,8
	% у структурі витрат	11,84	11,47	9,83	9,72	11,40						
2.	Витрати на оплату праці	23400,2	38913,4	39723,4	45821,9	46003,4	66,30	2,08	15,35	0,40	96,6	22603,2
	% у структурі витрат	68,35	71,28	72,82	70,99	70,48						
3.	Відрахування на соціальні заходи	5054,9	8460,1	8 447,0	9829,2	9999,0	67,36	-0,15	16,36	1,73	97,8	4944,1
	% у структурі витрат	14,77	15,49	15,49	15,23	15,32						
4.	Амортизація	0	165,4	188,0	572,5	607,5		13,66	204,52	6,11	-	607,5
	% у структурі витрат	0	0,30	0,345	0,89	0,93						
5.	Інші операційні витрати	1723,2	789	828,9	2042,1	1213,2	-54,21	5,06	146,36	-40,59	29,6	-510,0
	% у структурі витрат	5,03	1,45	1,52	3,16	1,86						
6.	Разом (сума рядків 400 - 440)	34234,1	54592,0	54550,3	64540,5	65265,7	59,47	-0,08	18,31	1,12	90,65	31031,6
7.		100	100	100	100	100						

Джерело: складено автором на основі []

2017 року майже не змінилась і складала 11,4 %. Найбільш затратними для підприємства є витрати на оплату праці і відрахування на соціальні заходи. У 2021 році ці статті відповідно займали 70,48% та 15,32% у загальних витратах КНП «ЦПМСД №1». Незважаючи на те, що у 2020 та 2021рр. частка витрат на оплату праці у загальних витратах скоротилася на 2% величина їх збільшилась і відповідно склала 45821,9 та 46003,4 тис. грн. У абсолютних показниках витрати на оплату праці збільшився за останні 5 років на 22603,20 тис. грн. Реструктуризація дала змогу підприємству збільшити частку амортизації з 0,3% до 0,93% відповідно у 2018 та 2021рр. В цілому витрати зросли на 90,65% і склали у 2021 році 65265,7 тис. грн.

2.2. Аналіз забезпеченості, динаміки та структури персоналу КНП «ЦПМСД №1»

Проведемо аналіз якісного складу працівників штату КНП «ЦПМСД

№1» за 2017-2021 роки за даними таблиці 2. . Кваліфікаційний потенціал медичного персоналу закладу високий - майже 70 % лікарів закладу мають вищу і першу категорію. Всі лікарі та медичні сестри своєчасно навчаються на курсах підвищення кваліфікації згідно графіку закладу, постійно приймають активну участь у медичних конференціях у м. Кропивницький та за його межами.

Крім штатних посад лікарів в КНП «ЦПМСД №1» введені посади лікарів-спеціалістів за іншими спеціальностями. Всього у 2021 р. введено в КНП «ЦПМСД №1» 101 посада (скорочення 20,2 %) при їх укомплектованості фізичними особами на 85,75 %.

У 2021 р. кількість фактично зайнятих лікарських штатних посад лікарів загальної практики-сімейними складало- 49,45; лікарями дільничних лікарів-терапевтів - 10,5; дільничних лікарів-педіатрів – 26,5; лікарі-керівники та лікар статист – 5,0; інтернів не було.

Кількість фізичних осіб (лікарів) на зайнятих посадах у 2021 р. була 80 осіб. Скорочення склало 10 осіб проти 2017 р.. Додати до цього, що штатних посад 101.

Забезпеченість населення посадами ЛЗП-СЛ у 2021 р. складає 75 % на 2200 осіб населення, яке обслуговує первинна ланка медичної допомоги-амбулаторно-поліклінічна служба м. Кропивницького.

Для надання якісної та своєчасної ПМСД важливе значення має забезпеченість первинної ланки молодшими медичними працівниками з вищою освітою. Для цього проведемо аналіз укомплектованості лікарських посад КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки згідно даних таблиці 2. .

У 2021 р. укомплектованість лікарських посад фізичними особами у відсотковому співвідношенні склало 84,9 % (що на 8,6 % менше проти 2015 р. В тому числі:

- лікарів загальної практики-сімейними лікарями - 79,5 % (на 6,8 % менше проти 2017 р.);

- дільничних лікарів-терапевтів – 75,0 відсотки (на 23,0 менше від 2017 р.);
- дільничних лікарів-педіатрів – на 98,1 (збільшення склало 0,9 % проти 2017 р.).

Дефіцит лікарів первинної ланки, всього 15,25% у 2021 р., що на 69,4 % більше від 2017 р..

Кількість штатних посад середнього медичного персоналу, у 2021 р. 143,0, що на 56,3 одиниці більше, ніж у 2017 р.

Співвідношення посад лікарів та посад молодших медичних працівників з вищою освітою у КНП «ЦПМСД №1» в 2021 р. було таким:

- сімейних лікарів – 1:1,8;
- дільничних лікарів-терапевтів – 1:1;
- дільничних лікарів-педіатрів – 1:1. 93

При нормативі:

- сімейних лікарів – 1:2;
- дільничних лікарів-терапевтів – 1:1,5;

дільничних лікарів-педіатрів – 1:1,5.

Аналіз прикріпленості осіб КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки виконано в таблиці 2.1 . В 2021 р. в середньому кількість прикріплених осіб на одного сімейного лікаря при нормативі 1500/1800 на одного ЛЗП – 1953 (на 54 % більше проти 2017 р.), в тому числі :

- в середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря терапевта при нормативі 2000 – 2098 осіб (на 1,1 % більше нормативу);
- в середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря педіатра при нормативі 800 – 889 осіб (на 1,11 % більше нормативу).

Із загальної кількості фізичних осіб лікарів, які надають ПМСД частка осіб пенсійного віку складає в цілому 48,8 відсотки у 2021 р., що на 9,9 % більше проти 2017 р.. В тому числі:

- сімейних лікарів – 55 %;

- дільничних лікарів-терапевтів – 90 %;
- дільничних лікарів-педіатрів – 30,8 %.

Амбулаторно-поліклінічна робота КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки проаналізована в таблиці 2. . Кількість відвідувань в поліклініку в 2021 р. в порівнянні з 2017 р. зменшилась на 89,1 відсотки за рахунок епідемії та карантину, який з ним був пов'язаний.

З метою ранньої діагностики уrogenітальних захворювань в закладі функціонують оглядові кабінети для жінок по вул. Габдрахманова (АЗІ ІСМ № 1,2,3) та по вул. Кропивницького (АЗПСМ № 5,6,7), в яких забезпечується не тільки профілактичний огляд акушеркою, але й проводяться цитологічні дослідження жінок.

Оглянуто та обстежено в 2017 р. - 1989 жінок, у 2018 р. - 2289 жінок; у 2019 р. - 2265 жінок, в 2020 р. - 1356 жінок, у 2021 р. - 216 жінки (виявлено онкозахворювань).

Стаціонари вдома, кількість пролікованих хворих у 2021 р. було 85,1 відсотки менше в порівнянні з 2017 р..

Таблиця 2.1

Аналіз укомплектованості КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2021/2020	2021/2017	
1	У відповідності до галузевих нормативів автотранспортом підрозділи ПМСД укомплектовані на %	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	Рівень оснащення амбулаторій відповідно до галузевого нормативу, %	83,2	87,2	96,2	88,1	93,7	4,8	10,3	-8,4	6,4	12,6	10,5
3	Автоматизованими робочими місцями забезпечено % амбулаторій	-	-	-	90	100				11,1		
4	Відповідність ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги діючим ДСТУ (СНіПам) відповідно кількості приміщень та їх площам, системі гарячого	90	90	90	90	90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

та холодного водопостачання, освітлення, опалення, наявності системи знезараження шкідливих відходів тощо у %												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Джерело: складено автором на основі []

З метою надання якісної кваліфікованої первинної медичної допомоги в КЗ «ЦПМСД № 1» розроблені та постійно застосовуються лікарями в практичній діяльності уніфіковані протоколи лікування найбільш поширених захворювань. Так як в закладі не передбачено існування денних стаціонарів (II рівень), велика увага приділяється лікуванню пацієнтів з різними захворюваннями в стаціонарах вдома.

Кількість пацієнтів пролікованих в стаціонарах вдома в 2021 р. зменшилась в порівнянні з 2017 р. на 1372 осіб або на (16,7 %). Ефективність лікування в 2021 р. залишилась на рівні минулих років.

Аналіз укомплектованості КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 р.р. на проведений в таблиці 2. .

У відповідності до галузевих нормативів автотранспортом підрозділи КНП «ЦПМСД №1» укомплектовані у 2017- 2021 роках на 100 %.

Рівень оснащення амбулаторій КНП «ЦПМСД №1» відповідно до галузевого нормативу – 93,7 відсотки у 2021 р., що на 10,5 % більше проти 2017 р..

Автоматизованими робочими місцями забезпечено на 100 % амбулаторій КНП «ЦПМСД №1».

2.3. Аналіз руху персоналу та матеріального стимулювання

Розглянемо показник кількість відвідувань середнього медперсоналу на самостійному прийомі. У 2021 р. він скоротився на 89,1 % в порівнянні з 2017 р. і склав 216 відвідувань. Даний показник відповідає числу жінок, що їх оглянуто профілактично в оглядових кабінетах, в тому числі цитологічне

дослідженням. За останні 5 років число стаціонарів вдома і кількість пролікованих скоротилися на 85,1 % і склало 1395. В цілому можемо сказати, що збільшилося навантаження лікарів загальної практики сімейної медицини та дільничних педіатрів і таким чином збільшилась робота лікарів амбулаторій.

Рух працівників КНП «ЦПМСД № 1» за 2017-2021 роки нами проаналізований в таблиці 2. .

Розглянемо структуру руху працівників у абсолютних показниках більш докладніше. Виходячи з даних таблиці ми бачимо, що у 2021 р. кількість прийнятих працівників була більшою порівняно з кількістю звільнених штатних працівників на 2 особи і склала 26 осіб. Працівники були звільнені з причин: за власним бажанням, за угодою сторін і порушення трудової дисципліни. Основна причина звільнення за власним бажанням - це те, що працівники - лікарі розпочинали свою власну приватну практику, переходили на роботу на підприємства з більш високим рівнем заробітної плати, а також виїжджали за кордон через низький рівень зарплати. Облікова кількість штатних працівників у 2021 р. складала 312 осіб з них 15 знаходилися у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку встановленого чинним законодавством на підприємстві. У 2021 р. не було працівників, які працювали в умовах неповного робочого дня (тижня).

Отже, розглянемо тенденцію абсолютних показників руху персоналу за останні 5 років.

З 2017 по 2021 роки кількість прийнятих працівників коливалася на 13,3%. Найбільше було прийнято у 2017, 2018 та 2020 р.р. відповідно 30; 27 і 30 осіб. Число звільнених працівників найбільшим було в 2018 р. і складало 39 осіб, найменше у 2020 р. - 18 осіб. Разом з тим, починаючи з 2019 р., ми можемо прослідкувати тенденцію перевищення числа прийняти штатних працівників над кількістю звільнених відповідно на 3; 12; та 2 особи. Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду за

останні 5 років збільшилася на 1,3 % або 4 особи. За останні два роки на підприємстві не було працівників, які прийняті на умовах неповного робочого дня, тоді як у 2017 р. їх було 5 осіб. Тобто працівники працюють на умовах повного робочого дня (тижня). Кількість штатних працівників, які знаходяться у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку встановленого чинним законодавством збільшилась у 2018 р. в порівнянні з 2017 р. відповідно на 2 особи і зменшилась до десяти осіб у 2019 р., а також повільно зростала у 2020-21 р.р. відповідно на 2 і 3 особи.

Оплату праці працівників КНП «ЦПМСД № 1» адміністрація формує на підставі законів та інших нормативно-правових актів України, Генеральної, Галузевої і територіальної угод, цього Колективного договору.

Розміри посадових окладів, їх підвищення, доплат, надбавок, матеріальної допомоги, допомоги на оздоровлення, матеріальної допомоги для вирішення соціально- побутових питань працівників КНП «ЦПМСД № 1» встановлюються на рівні не нижчому, ніж визначені нормативно-правовими актами, що наведені в табл. 2..

Розрахунок місячного капітаційного доходу відповідно до підписаних декларацій одного лікаря (ФКД) проводиться згідно формули:

$$\text{ФКД} = (a \cdot k_k + b \cdot k_k + c \cdot k_k + d \cdot k_k + e \cdot k_k) \cdot T / 12 \quad (2.1)$$

де, Т –тариф на медичне обслуговування одного пацієнта, включеного до зеленого списку;

а, b, c, d, e - кількість підписаних лікарем декларацій з пацієнтами відповідно до вікових груп;

кк – коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта (застосовуються для пацієнтів включених до зеленого списку).

При розрахунку капітаційної доплати використовувати значення коригувальних коефіцієнтів, тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта та ліміту підписаних декларацій на одного лікаря, які визначені постановою Кабінету Міністрів України на поточний рік.

Ліміт підписаних декларацій (оптимальний обсяг практики ПМД

становить: 1800 осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; 2000 осіб на одного лікаря-терапевта; 900 осіб на одного лікаря педіатра (наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 №504). Ліміт підписаних декларацій (оптимальний обсяг практики ПМД) в подальшому може змінюватися на підставі наказів Міністерства охорони здоров'я.

До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, застосовуються понижуючі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту, які визначені постановою Кабінету Міністрів України на поточний рік.

Капітаційна доплата за кількість підписаних декларацій нараховується лише за основним місцем роботи на підприємстві, при роботі за сумісництвом доплата не проводиться.

Таблиця 2.

Встановлені надбавки працівникам КНП «ЦПМСД № 1»

№	Надбавки працівникам КНП «ЦПМСД № 1» згідно угоди
1	за вислугу років керівникам структурних підрозділів з числа лікарів, головним медичним сестрам, лікарям усіх спеціальностей, професіоналам з вищою немедичною освітою, що допущені до медичної діяльності в закладах охорони здоров'я, фахівцям з базовою вищою та неповною вищою медичною освітою усіх спеціальностей
	5 відсотків - при стажі роботи понад 3 роки;
	10 відсотків - при стажі роботи понад 10 років;
	15 відсотків - при стажі роботи понад 20 років.

Надбавка за вислугу років виплачується за основним місцем роботи та за сумісництвом. У разі коли працівник тимчасово заміщує відсутнього працівника, надбавка за вислугу років обчислюється виходячи з посадового окладу за основною посадою (місцем роботи).

Встановлювати надбавку за вислугу років або зміна її розміру проводиться з початку місяця, що настає за місцем роботи, в якому виникло таке право.

- за наявність почесного звання України у розмірах:
- 20 відсотків – заслужений;

- 40 відсотків – народний.

Надбавка устанавлюються за наявності фінансових можливостей. Граничний розмір зазначеної надбавки для одного працівника не повинен перевищувати 50 відсотків посадового окладу.

У разі несвоєчасного виконання завдань, погіршення якості роботи і порушення трудової дисципліни зазначена надбавка зменшуються або скасовуються.

Таблиця 2.

Аналіз середньої заробітної плати працівників КНП «ЦПМСД №1» за 2017-2021 роки

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2021/ 2017	
1	Фонд оплати праці штатних працівників, усього, тис.грн	20520,6	22785,3	39603,5	45442,7	56456,9	11,0	73,8	14,7	24,2	175,1	35936,3
2	Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду, осіб	308	296	298	310	312	-3,9	0,7	4,0	0,6	1,3	4,0
3	Середньорічна зарплата штатних працівників,	66625,3	76977,4	132898,0	147812,6	180950	15,5	72,6	11,2	22,4	171,6	114324,7
4	Середньомісячна зарплата штатних працівників, грн.	5552,1	6414,8	11075,0	12317,7	15079,3	15,5	72,6	11,2	22,4	171,6	9527,2
5	Середньооблікова кількість працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного та місцевого бюджету, осіб	305	292	0	300	297	-4,3	-100,0	-	-1,0	-2,6	-8,0
6	Фонд оплати праці працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного бюджету, тис.грн.	20520,6	22785,3	0	40600,9	52063,4	11,0	-100,0	-	28,2	153,7	31542,8
7	Середньомісячна зарплата працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного та місцевого бюджету	5606,7	6502,65	0	3446,5	14608,1	16,0	-100,0	-	323,9	160,5	9001,4

Джерело: складено автором на основі []

Фонд оплати праці штатних працівників за останні 5 років збільшився у 17 раз. Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду

теж збільшилася у 2021 р. порівняно з 2017 роком на 4 особи або 1,3 відсотка. Крім надбавок та доплат до тарифних ставок та посадових окладів доплат надбавок, які отримували працівники останні три роки, на фонд оплати праці, вплинуло збільшення штатних працівників та виплати, так званих, «ковідних» доплат.

Отже, середньорічна зарплата штатних працівників збільшилася на 114324,7 грн.

Середньомісячна зарплата штатних працівників підприємства за останні 5 років теж збільшується і в 2021 р. вона склала 15079,3 грн.

У 2021 р. скоротилася чисельність на три особи працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного та місцевого бюджету. Причина - реструктуризація підприємства. Разом з тим ми бачимо що зріс фонд оплати праці працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного бюджету і в 2021 р. він склав 52063,4 тис.грн., що на 28,2 відсотків більше ніж у 2020 р.. У зв'язку з реструктуризацією у 2019 р. даного фонду не було.

Середньомісячна зарплата працівників, оплата праці яких фінансується коштом державного та місцевого бюджету у 2021 році складала 14608,14 грн., що на 323,9 відсотки більше, ніж 2020 році. У 2017 році даний показник складав 5606,72 грн., що на 9001,4 грн. менше у порівнянні з 2021 роком. Зауважимо що розмір мінімальної тарифної ставки встановленої у колективному договорі складає у 2021 році 6500,0грн., а розмір мінімальної місячної тарифної ставки окладу встановлений у галузевій угоді у 2021 році складала 2863,0грн. Тобто, середньомісячна зарплата штатних працівників у 2021 році була у 2,7 рази більшою за мінімальну місячну тарифну ставку, встановлену у колективному договорі, та у 5,3 рази за розмір мінімальної місячної тарифної ставки встановленої у галузевій угоді.

У таблиці 2. ми можемо спостерігати зміни фонду оплати праці з 2017 по 2021 роки у КНП «ЦПМСД №1». Фонд оплати праці штатних працівників

збільшився за останні 5 років на 36438,6 тисяч грн. Основні причини: реструктуризація та доплата лікарям за роботу в період епідемії COVID-19, тобто «ковідні». Фонд основної зарплати зріс майже у 16 раз і склав 28628,7 тис. грн. Питома частка фонду основної зарплати зменшилася у 2020 та 2021 роках відповідно у порівнянні з 2017-18 роками. За останні 5 років збільшився фонд додаткової заробітної плати майже на 15 раз. При цьому питома частка в 2021 році скоротилася на 1,5%. Збільшення фонду оплати праці відбулося за рахунок збільшення надбавок та доплат до тарифних ставок і посадових окладів, дані показники збільшилися на 5753,5 тис. грн., або у 19 разів. Як уже було сказано вище, основна причина це надбавка за роботу в період епідемії COVID-19. Останні три роки КНП «ЦПМСД №1» виплачує працівникам премії та винагороди, що носять систематичний характер. Так, зокрема, премії були збільшені у 2018-19 роках і склали відповідно 5234,1 та 5138,0 тис. грн., а у 2021 році премії скоротилися на 845,1 тис. грн. На підприємстві зросли виплати пов'язані з індексації заробітної плати. У 2021 році всі вони зросли в порівнянні з 2020 роком на 86,7 тис. грн. Компенсація втрати частини заробітку у зв'язку з порушенням термінів її виплати на підприємстві не виплачувалась, оскільки порушення термінів виплати заробітної плати за останні 5 років не було. Зросли заохочувальні та компенсаційні виплати з 2017 по 2021 рік і відповідно у 2021 році склали 6613,1 тис. грн., тобто зростання склало майже 10 разів. Питома частка заохочувальних та компенсаційних виплат у фонді оплати праці штатних працівників теж збільшилася і склала 11,71 відсотки у 2021 році, тоді як у 2017 році вона складала 3,45 відсотки. За останні 5 років також можемо побачити зростання матеріальної допомоги для працівників підприємства з 707,6 тис. грн. до 2635,3 тис. грн., тобто на 1927,7 тис. грн. Соціальні пільги, що мають індивідуальний характер за останні 5 років на підприємстві не виплачувалась оскільки немає таких працівників. Зросла оплата за невідпрацьований робочий час з 2326,7 тис. грн. до 4743,0. Тобто в зв'язку з тим, що на підприємстві не вистачає персоналу, працівники

вимушені працювати у період своїх відпусток та вихідних. Особливо гострою дана проблема була у 2020 та 2021 роках у період епідемії COVID-19.

Втрат робочого часу штатних працівників КНП «ЦПМСД №1» за останні п'ять років не було.

SWOT-аналіз як основний інструмент управління закладами охорони здоров'я

SWOT-аналіз досить часто використовується в сфері охорони здоров'я. Не тільки по відношенню до діяльності закладів охорони здоров'я, а й для аналізу впровадження різних профілактичних програм серед різних груп населення, впровадження різних методів діагностики та лікування, використання лікарських препаратів тощо.

SWOT-аналіз необхідний при оцінці впровадження інноваційних технологій, що надають великий вплив на такі галузі охорони та зміцнення здоров'я людини, як збільшення сприятливих можливостей для самореалізації людини, створення штучної внутрішнього середовища проживання, зростання продуктивності праці в системі охорони здоров'я, поява нових різноманітних і якісних медичних послуг тощо. SWOT-аналіз в охороні здоров'я, як правило, є частиною бізнес-планування медичної організації.

Сьогодні активно ставляться завдання щодо розвитку закладів охорони здоров'я, використання їх потужностей та зменшення слабкості з тим, щоб скористатися можливостями та запобігти загрозам. Цей є дуже важливим для планування діяльності закладу. Необхідно визначення способів реалізації сприятливих для організації можливостей. Сильні та слабкі сторони медичної організації детермінують ступінь її пристосування до використання сприятливих можливостей в порівнянні з іншими організаціями.

Фактори зовнішнього середовища, що традиційно враховуються в аналізі медичних організацій, наводяться в табл. 1.9.

Далі в процесі SWOT-аналізу розглядаються внутрішні чинники діяльності організації: послуги, що надаються організацією, її кадри,

матеріально-технічні ресурси (устаткування, нові технології), фінансове становище.

До сильних сторін слід віднести ті чинники, які є внутрішніми для даного медичного закладу: система управління, технічний розвиток, технічний розвиток, технології та методи лікування і діагностики, медичні кадри, персонал, економічна діяльність, фінансовий стан.

Вивчаючи фінансове становище, SWOT-аналіз допомагає зосередити увагу на проблемах, а іноді і знайти швидке їхнє рішення.

При SWOT-аналізі розглядаються також споживачі послуг медичної організації, її існуючі та потенційні конкуренти, інші зовнішні чинники, що впливають на діяльність організації. Аналіз споживачів послуг гранично важливий для медичної організації, адже їх бажанням або небажанням отримувати допомогу саме в цій організації визначається весь успіх її діяльності. Подальша розробка перспективи, вироблення стратегії і конкретних цілей все це повинно бути направлено на задоволення потреб споживачів. Очевидно, наприклад, що населенню району, де живуть переважно пенсіонери, і району з молодим населенням, з великою кількістю дітей молодшого віку і жінок фертильного віку, потрібні різні медичні послуги. Однак бувають більш складні варіанти запитів споживачів, що вимагають серйозного аналізу, а іноді і неординарних рішень.

В процесі SWOT-аналізу визначається бачення перспективи розвитку медичної організації, що дозволяє розробити доктрину (призначення, місію) медичної організації, поставити стратегічні цілі, сформулювати завдання, які необхідно вирішити для досягнення поставлених цілей. Для того щоб організація могла виконати свою місію, розробляється маркетингова стратегія організації. Чотири основних типи маркетингових стратегій представлено на рис. 1.7.

		Споживачі	
		Наявні	Нові
Послуги	Наявні	Утримання ринку	Розширення ринку
	Нові	Розширення асортименту медичних послуг	Диверсифікація

Рис. 1.7. Маркетингові стратегії

Найпростіша стратегія утримання ринку передбачає продовження надання наявних послуг наявним споживачам. Ця стратегія пов'язана з найменшим ризиком та найменшими витратами: не потрібні ні придбання нового обладнання, ні додаткова реклама, ні інші серйозні витрати. Однак якщо медична організація буде дотримуватися цієї стратегії протягом занадто тривалого часу, утримати пацієнтів буде все важче: вони звернуться за допомогою до конкурентів, у яких будуть більш нові медичні технології та, відповідно, більш ефективна медична допомога.

Розширення ринку – це надання вже наявних послуг новим споживачам. Цю стратегію доцільно вибрати тим медичним організаціям, які мають деякі конкурентні переваги. Наприклад, високу репутацію лікарських кадрів, нові технології, успішну організацію лікування. В цьому випадку залучення нових споживачів до вже існуючих послуг, що надаються, буде досить легким, хоча і потребує витрати деяких ресурсів, наприклад, на рекламу.

Стратегія розширення послуг в медичній організації пов'язана, як правило, з впровадженням нових видів медичної допомоги та нових медичних технологій. У ряді випадків ця стратегія може вимагати досить великих інвестицій, вона пов'язана також і з великим ризиком не одержати очікуваних від впровадження доходів. Тому при виборі даної стратегії необхідно особливо ретельно вивчити стан справ конкурентів: можливо, вони

вже закупили відповідне обладнання та почали надання подібних послуг.

Нарешті, диверсифікація це надання нових послуг новим споживачам. Диверсифікація пов'язана з найбільшими витратами та ризиками. Однак при успішній реалізації цієї стратегії можливо отримання максимальних результатів. Виходячи з обраної стратегії, ставляться цілі, вони мають бути реалістичними, досяжними, по можливості кількісними, і важливими саме для даної медичної організації. Завдання конкретизують способи досягнення цих цілей.

Отже, SWOT-аналіз дозволяє сформулювати основні напрямки розвитку організації через систематизацію наявної інформації про сильні та слабкі сторони організації, а також про потенційні можливості та загрози. Всі чинники діляться на чотири категорії: дві категорії SWOT-аналізу описують організацію зсередини: strengths (сильні сторони), weaknesses (слабкі сторони); дві інші категорії SWOT-аналізу описують зовнішнє середовище для організації: opportunities (можливості) та threats (загрози).

Врахувавши, наведені вище статистичні дані та економічно-аналітичні дані можливо провести SWOT-аналіз КНП «ЦПМСД № 1» (табл. 1.) та сформулювати пріоритетні завдання перед керівництвом.

Крім того, для виявлення труднощів у роботі сімейних лікарів, ми проводили бесіду із керівниками КНП «ЦПМСД №1» з медичним персоналом, а також маю власний багаторічний досвід роботи у закладі. Виходячи з цього нами були виділені фактори, що ускладнюють менеджмент у медичній установі. Умовно дані фактори можна розділити на дві групи за способом виникнення: фактори зовнішнього середовища і фактори внутрішнього середовища. До факторів зовнішнього середовища нами віднесено:

- з боку держави: завищені ліцензійні вимоги; високі вимоги до медичних приміщень;
- застарілі стандарти оснащення медичних кабінетів тощо;
- з боку постачальників: завищена вартість медичних матеріалів і

обладнання;

- з боку споживачів: високий рівень недовіри до медицини, упереджене ставлення населення до безкоштовних медичних послуг; - інші чинники: проблеми приміщень тощо.

До факторів внутрішнього середовища ми віднесли:

- низький рівень діагностичних послуг;
- відсутність реклами і маркетингу (або їх низька якість);
- невисока адміністративно-управлінська кваліфікація менеджерів установ; дефіцит кваліфікованих медичних кадрів;
- дефіцит фінансових ресурсів і недофінансування.

У сукупності, взаємодіючи між собою, ці фактори призводять до гальмування розвитку сучасної медицини. Таким чином, можна виділити основні проблеми, що виникають в процесі управління медичними установами на сучасному етапі: - проблема недофінансування. - низький рівень довіри українських громадян до системи охорони здоров'я. - проблеми якості та доступності медичних послуг. - дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів. - низька управлінська кваліфікація керівників організацій охорони здоров'я.

Таким чином, розробивши матрицю SWOT-аналізу для досліджуваного нами підприємства, можна зробити висновки, що підприємство володіє достатньою кількістю сильних сторін і можливостей для зменшення впливу на нього негативних наслідків слабких сторін і загроз. Потрібно постійно оновлювати дану матрицю для моніторингу поточної ситуації на підприємстві.

Крім того, ми побачили, що у практиці роботи сімейних лікарів зустрічаються наступні проблеми:

- старіння лікарів сімейної медицини;
- знижений престиж спеціальності «Сімейний лікар»;
- мають місце психологічні труднощі сімейних лікарів у перебудові своєї практики та оволодіння сучасними інформаційноцифровими

технологіями;

- проблеми із електронною реєстрацією пацієнтів;
- проблеми у доступі до електронних медичних карток у системі eHealth;
- слабка профілактично-просвітницька спрямованість роботи сімейних лікарів тощо;
- відсутність сайту КНП «ЦПМСД №1»;
- відсутність єдиної лікарняної цифрової системи;
- недостатній рівень практичної підготовки молодих спеціалістів;
- недостатня автоматизація виконання статистичного обліку роботи сімейних лікарів;
- розширення функціональних обов'язків сімейних лікарів та недостатня кількість часу на їх перепідготовку;
- недостатня кількість практикуючих сімейних лікарів;
- незадоволеність заробітною платою;
- труднощі у переході від роботи з паперовими документами до цифрових;
- складності у відвідування важких пацієнтів вдома;
- невідповідність між відповідальністю і повноваженнями сімейних лікарів;
- незадоволеності методами морального стимулювання сімейних лікарів;
- напружена психоемоційна атмосфера у медичній установі.

Отже, основними чинниками, що потребують значної уваги, для забезпечення ефективного функціонування українських медичних установ первинної ланки є: - вдосконалення адміністративної системи для забезпечення надання більш якісної безкоштовної медичної допомоги громадянам країни (в межах державних гарантій); - підвищення рівня та якості матеріально-технічного забезпечення первинної ланки; - забезпечення медичних установ достатньою кількістю висококваліфікованих медичних

спеціалістів, зокрема сімейними лікарями; - ресурсне забезпечення та розвиток інфраструктури закладів охорони здоров'я з використанням інноваційних підходів.

Висновки до розділу 2

КНП «ЦПМСД №1» є багатопрофільним закладом охорони здоров'я – це комунальне унітарне некомерційне та неприбуткове підприємство, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах, та послуги по паліативній медичній допомозі будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та його Статутом

Дані свідчать, що 2018 по 2020 роки число укладених декларацій збільшувалася відповідно на 27,9 та 9,2 відсотки відповідно, тоді як у 2021 році це число скоротилося на 1585 одиниць.

Отримані доходи за останні 5 років з 2017 по 2021 рік зросли на 147,65 відсотків і склали у 2021 році 86152,6 тис. грн. Причина такого зростання - реструктуризація підприємства. Разом з тим за останні п'ять років ми спостерігаємо зростання витрат підприємства 126,47 від або 43997,8 тис. грн. найбільше зросли витрати у 2021 році на 37,04 відсотки. Зросла оплата праці за останні 5 років її ріст склав 178,67 від відсотків. Облікова кількість штатних працівників за останні 5 років скоротилася на 3,25 або на 10 осіб. Середньомісячна зарплата штатних працівників зросла на 186,89 відсотки і склала у 2021 році 15928,19грн. Фінансовий результат КНП «ЦПМСД №1» зріс майже у 151 рази і склав у 2021 році 7366,1 тис. грн.

Фонд оплати праці штатних працівників за останні 5 років збільшився у 17 раз. Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду теж збільшилася у 2021 році порівняно з 2017 роком на 4 особи або 1,3 відсотка. Середньорічна зарплата штатних працівників збільшилася на 114324,7 грн. Середньомісячна зарплата штатних працівників підприємства теж збільшується і в 2021 році вона складала 15079,3 грн.

Щодо складу управлінського персоналу досліджуваного підприємства, то їх кількість налічує 15 осіб. Серед усього управлінського персоналу вищу освіту в галузі «Управління» мають 80% працівників управлінської діяльності.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КНП «ЦПМСД №1»)

3.1. Пропозиції щодо удосконалення менеджменту роботи сімейних лікарів КНП «ЦПМСД №1»

Розглянемо основні напрямки поліпшення роботи медичних установ первинної ланки. Результатом вивчення і аналізу ряду успішних процесів щодо поліпшення менеджменту діяльності підприємств і організацій економічно розвинених країн, а також узагальнення досвіду передових українських підприємств став перелік основних напрямків підвищення ефективності адміністративної діяльності медичних організацій. До цих напрямків відносяться:

1. Підвищення зацікавленості менеджерів КНП «ЦПМСД №1» в поліпшенні її роботи. Для початку процесу поліпшення абсолютно необхідна щира впевненість вищого керівництва первинної медичної організації в тому, що воно здатне на більше, у порівнянні з минулими досягненнями. Процес покращення починається з вищого керівництва, розвивається в міру того, як проявляється зацікавленість процесом іншими співробітниками і припиняється в разі зниження інтересу до нього з боку вищого керівництва.

2. Усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення надання медичних послуг КНП «ЦПМСД №1». Для реалізації принципу колегіального прийняття рішень необхідно створити громадську (опікунську) рада або комісію котра займатиметься проблемами покращення надання медичних послуг. До складу громадської ради повинні входити представники адміністрації, керівників підрозділів і служб, завідувачів відділень, лікарів та іншого персоналу. Основними функціями ради повинно стати вивчення шляхів підвищення якості надання медичних послуг та адаптація отриманих даних до умов первинного лікувального закладу. Як

показує досвід, універсальних конкретних рекомендацій щодо підвищення якості для всіх медичних організацій і навіть підрозділів одного лікувального закладу не існує. Громадська рада з поліпшення роботи є розробником шляхів покращення надання медичних послуг, поліпшення умов роботи сімейних лікарів, готує медичну організацію до впровадження заходів щодо покращення її умов і координує діяльність по реалізації цього процесу.

3. Залучення до процесу покращень усієї адміністрації КНП «ЦПМСД №1». За реалізацію процесу покращення діяльності несе відповідальність весь керівний склад медичного закладу. Це вимагає від кожного керівника вищої та середньої ланки (від генерального директора установи до головного бухгалтера) активної практичної участі. Кожен представник адміністративного складу ЗОЗ повинен пройти спеціальну підготовку для вивчення нових вимог до стандартів діяльності та отримання інформації про існуючі методики покращення умов медичної діяльності.

4. Участь сімейних лікарів та іншого персоналу в процесі впровадження заходів щодо покращення умов медичної діяльності КНП «ЦПМСД №1». Після того як до процесу покращення умов медичної діяльності залучено всіх керівників медичної установи, необхідно переходити до залучення до даного процесу сімейних лікарів, молодших медичних спеціалістів та інших працівників первинного лікувального закладу. Керівника кожного окремого підрозділу медичної установи, повинен сформувати «групу щодо покращення умов медичної діяльності» у складі свого підрозділу. Наприклад, завідувач відділенням як керівник такої групи несе відповідальність за організацію навчання її членів тим методам і методикам покращення умов медичної діяльності, які ним уже були вивчені. До основних завдань групи по покращення умов медичної діяльності відносяться оцінка результатів діяльності свого підрозділу і робота з безперервного вдосконалення процесу медичної діяльності.

5. Заохочення індивідуальної участі. Незважаючи на важливість колективних дій, слід приділяти увагу і кожному окремо взятому члену

колективу. У зв'язку з цим доцільною стає розробка системи заходів, що заохочуватиме особисту участь, дозволить оцінити і визнати результати вкладу кожного співробітника у підвищення ефективності і якості роботи медичного закладу.

6. Формування групи з удосконалення менеджменту процесами КНП «ЦПМСД №1». Виконання будь-якої повторюваної дії в кожному підрозділі медичного закладу є процесом, управління яким відбувається за допомогою тих же методів, які застосовуються при управлінні звичайними технологічними процесами. Для вдосконалення системи адміністрування процесами медичної діяльності доцільно розробити схему послідовності операцій, що входять в процес, організувати контроль їх виконання і забезпечити зворотний зв'язок. За реалізацію кожного окремого процесу надання медичної послуги і за його успішне функціонування, навіть якщо він охоплює кілька ділянок або різних функціональних підрозділів, несе відповідальність тільки одна посадова особа. Група по вдосконаленню системи адміністрування процесів медичної діяльності повинна складатися з представників кожного підрозділу, який бере участь в процесі. Така організація роботи забезпечить найбільш ефективну взаємодію підрозділів і виключить можливість негативного впливу на увесь процес в тому випадку, якщо вдосконалюється лише частина процесу медичної діяльності.

7. Залучення постачальників. У нинішній економічній ситуації всі медичні організації знаходяться в прямій залежності від постачальників ресурсів. Без їх сприяння не може здійснюватися ні один успішний процес покращення умов медичної діяльності лікувального закладу.

8. Забезпечення якості функціонування систем менеджменту у КНП «ЦПМСД №1». Останнім часом в установах охорони здоров'я створюються підрозділи, які займаються в основному виміром показників якості і складають звіти про рівень забезпечення якості в процесі надання медичних послуг. Основним завданням цих підрозділів є виявлення проблем та виправлення помилок.

9. Розробка стратегії і тактики покращення умов медичної діяльності КНП «ЦПМСД №1». КНП доцільно розробити довгострокову стратегію, спрямовану на підвищення якості медичних послуг. Після цього необхідно упевнитися, керівники різних рівнів ознайомлені з даною стратегією і можуть її використовувати для розробки поетапних короткострокових планів, котрі сприятимуть досягненню стратегічних цілей. Короткострокові плани включаються до річного плану реалізації загальної стратегії покращення умов медичної діяльності. Протягом року має здійснюватися контроль виконання визначених планів.

10. Створення системи заохочення і визнання заслуг працівників КНП «ЦПМСД №1». У процесі поліпшення діяльності повинна відбутися кардинальна зміна ставлення до помилок. У даний час проведення необхідних змін можливо двома шляхами: - застосовувати заходи стягнення до кожного хто допустив помилки в ході виконання своїх обов'язків. - заохочувати окремих співробітників і (або) колектив у разі виконання ними поставлених завдань або за значний внесок в процес поліпшення діяльності. Відзначимо, що оптимальний шлях - визнання заслуг як рядових співробітників, так і керівників, і стимулювання їх до досягнення більш високих результатів. У процесі поліпшення діяльності КНП «ЦПМСД №1» повинен прагнути до повної відсутності помилок персоналу і керівників.

У результаті проведеної дослідної роботи нами були створені рекомендації для керівників та сімейних лікарів КНП «ЦПМСД №1». Рекомендації керівникам лікарів КНП «ЦПМСД №1»: - відкрито комунікувати на адміністративні питання. Прозорість і зрозумілість процесів дозволяє сімейним лікарям уникнути стресу, викликаного невідомістю і невпевненістю в своєму майбутньому. Сімейні лікарі, які не мають досвіду керівництва, можуть послужити відмінним джерелом інформації. Найчастіше сімейні лікарі можуть запропонувати більш успішне вирішення проблем, так як бачать проблеми «зсередини»; - зробити менеджмент більш прозорим. Процес, який не описаний і не відображений графічно – це джерело

непорозуміння і помилок. У той же час вкрай важливо розуміти, що процес нестатичний. Необхідно регулярно переглядати процеси і не боятися їх заново описувати і перемальовувати; - використовувати перевірені інструменти вдосконалення процесів адміністрування, такі як метод шести сигм і бережливого виробництва. Ми рекомендуємо створити базу сімейних лікарів і керівників, що освоїли дані методи. Можливо також створення групи «внутрішніх тренерів», які змогли б просувати дані методи в КНП «ЦПМСД №1»; - уточнити, які з процесів роботи пов'язані з психологічної і фізіологічної навантаженням. Для цього необхідно опитати сімейних лікарів особливо по відношенню до різних видів діяльності; - визначити, які психологічні, адміністративні, соціальні та інші ресурси допоможуть сімейним лікарям компенсувати психологічне і фізіологічне навантаження. Пропонувати сімейним лікарям ці ресурси; - прагнути до постійного вдосконалення процесів адміністрування та покращення умов медичної діяльності.

Поради сімейним лікарям для підвищення ефективності своєї медичної практики: - створити можливості для неформальних зустрічей і обміну думками. Соціальна взаємодія дозволяє впоратися зі стресом, краще розуміти, що відбувається у практиці роботи, поліпшити свої показники завдяки позитивному/негативного досвіду колег; - дбати про своє психологічне здоров'я. У разі надмірної втоми, перевантаження або конфліктів відкрито повідомляти про такі і пропонувати свої варіанти вирішення. Керівництво може бути не в курсі багатьох проблем і не бачити прийнятних шляхів їх вирішення; - активно взаємодіяти з іншими сімейними лікарями та керівництвом медичної установи по робочих питаннях, не чекати, поки рішення буде прийнято вище. Робота сімейного лікаря це велика частина його життя і ігнорувати її або перекладати на плечі інших спеціалістів або керівництва – це не найоптимальніше рішення. - дбати про своїх колег (за можливості пояснювати, допомагати, підтримувати або надавати пораду як слід виконати певну роботу). Отже, за результатами

проведеної дослідницької роботи нами було описано основні напрямки поліпшення менеджменту КНП «ЦПМСД №1» та надано рекомендації керівництву медичної установи з метою удосконалення менеджменту роботи сімейних лікарів.

3.2. Пропозиції щодо удосконалення маркетингової діяльності КНП «ЦПМСД №1»

Автоматизація бізнесу - створення єдиної інформаційної системи на базі програмного забезпечення - суттєво допомагає керівництву в управлінні діяльністю підприємства, в прийнятті рішень, в управлінні персоналом та відносинами з клієнтами і партнерами. Заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, мають вести базові медичні записи в електронній системі охорони здоров'я. Це дозволяє зберігати необхідну медичну інформацію про пацієнта в єдиному місці - електронній медичній картці.

На сьогодні правила ведення первинної облікової медичної документації залишаються незмінними. Тобто вони регламентуються чинними наказами МОЗ та іншими нормативно-правовими актами. Серед них є обов'язкова вимога в законодавстві про ведення в електронному обліку таких документів, як, приміром, медичний висновок про тимчасову непрацездатність, медичний висновок про народження дитини, записи про вакцинацію та електронний рецепт на цукрознижувальні препарати. Відповідно, така первинна облікова медична інформація має обов'язково вноситися до ЕСОЗ.

Повний перехід до цифрового обліку усієї медичної документації буде відбуватися поступово і передбачатиме внесення додаткових змін до інших нормативно-правових актів.

Уряд ухвалив зміни до Ліцензійних умов, згідно з якими усі заклади охорони здоров'я, які провадять медичну практику, працюватимуть в ЕСОЗ. ЕСОЗ - це велика двокомпонентна система, яка містить медичні дані, що раніше зберігалась у паперовій формі.

Маркетингова діяльність у медицині має особливе соціальне призначення, яке виражається в просвітницькій роботі, спробі сформувати стиль життя, звичку стежити за здоров'ям, змінити поведінкові характеристики споживачів і, в кінцевому підсумку, знизити рівень захворюваності та смертності. Невіддільною складовою комплексу маркетингу є просування послуг. У зв'язку з цим важливо донести до споживача якнайбільше інформації про професіоналізм, кваліфікацію та досвід лікарів, наявні ліцензії, рівень і швидкість обслуговування, високотехнологічне обладнання, методики лікування, позитивну репутацію закладу, свідчення та відгуки пацієнтів КНП «ЦПМСД №1». Така інформація може стати певною гарантією якості надання медичних послуг. Пацієнт зможе більше довіряти КНП «ЦПМСД №1», якщо матиме якомога більше інформації про його роботу. А для забезпечення підвищення рівня його інформованості ми пропонуємо використовуватися різні інструменти маркетингових комунікацій.

Усі комунікації з клієнтами можна поділити на онлайн та офлайн спілкування.

Офлайн комунікації відіграють важливу роль у просуванні послуг серед груп населення, що не мають доступу до Інтернету, або не можуть ним користуватись. Офлайн просування допомагає познайомити та збільшити обізнаність населення про діяльність підприємства. КНП «ЦПМСД №1» має таких пацієнтів. Також у комунікації з клієнтами важлива онлайн-платформа, адже digital сфера постійно зростає та розвивається. КНП «ЦПМСД №1» має власний сайт та сторінку у соціальній мережі. На сайті є багато розділів та корисної інформації для відвідувачів. Через нього можна зайти в особистий кабінет та проглянути історію відвідувань клініки, висновки лікаря, результати аналізів, а також побачити заплановані візити. Сайт надає можливість онлайн-запису до лікаря та кнопку замовлення виклику оператора. Було б доцільно додати форма зворотного зв'язку, в якій відвідувач сайта може поставити будь-яке запитання та залишити свій номер

телефону або пошту для отримання відповіді. Крім сайта, зворотний зв'язок клієнти КНП «ЦПМСД №1» повинні мати можливість отримати через різні месенджери: Telegram, Facebook, Viber. Учасники потрібно надати можливість використовувати створені групи для отримання актуальної інформації стосовно медичних послуг та прайса на них, уточнення графіка роботи лікарів, скасування прийому в лікаря, особистого зв'язку з адміністраторами групи тощо.

Для досягнення мети реклами повинні бути прописані стратегія, контент, промальовані креативи, тригер і відповідно дерево рішень для кожного варіанта поведінки клієнта, незалежно від сфери використання реклами [7].

Digital сфера вже давно стала лідером у просуванні бізнесу, а Інтернет - основною платформою для продажів. Тому так важливо розвивати комунікацію з клієнтом через Інтернет. За соціальними мережами, це різні канали зв'язку: Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, Pinterest, усі можливі месенджери, в загальному розумінні, – це все, що підходить для бізнесу. Головне вибирати ті канали, якими користується клієнт. Вони й задають напрямок роботи зі створення медіаплану. Для створення медіаплану необхідно сформулювати SMM-стратегію підприємства. SMM (маркетинг у соціальних мережах) включає: стратегію комунікації, вибір контенту й частоти його написання, стилю оформлення, тону спілкування з клієнтом. У стратегії важлива деталізація, яка допомагає прописати всі нюанси контакту з клієнтом. Сама стратегія потрібна для того, щоб об'єднати всі канали зв'язку з клієнтом і визначити, в який день які канали використовувати, з якою частотою та які посилання в них застосовувати. Стратегія повинна включати основні канали комунікації з клієнтами.

Маркетингові відносини у сфері медичних послуг, які виникають між медичним працівником та пацієнтом, спрямовані на задоволення цільових потреб кожного. За допомогою медичного маркетингу прогнозується, розширюється і задовольняється попит на медичні послуги шляхом їх

розробки, просування і реалізації. Основними етапами маркетингової діяльності у сфері надання медичних послуг є дослідження ринку, його макро- і мікросередовища; вибір цільового ринку та позиціонування на ньому послуги; розробка маркетингового комплексу; здійснення маркетингової діяльності (розробка стратегії маркетингу, організація виконання плану, включення стратегії маркетингу в план медичного закладу, контроль результатів і регулювання подальшої стратегії). Невіддільною складовою комплексу маркетингу є просування послуг. Саме за допомогою маркетингових комунікацій КНП «ЦПМСД №1» повинен донести до споживача вигоди від використання пропонованої послуги. Інформаційну передумову для отримання пацієнтом необхідних відомостей створює реклама, а запланований комплекс комунікацій створює безперервний зв'язок зі споживачем. Медичні заклади використовують такі канали комунікації, як друковані засоби масової інформації, роздаткові матеріали, реклама в маршрутних таксі, статті у ЗМІ, участь у телетрансляціях місцевого телебачення, POS-матеріали у відділеннях, а також міських лікарнях, сайт, сторінка у Facebook, спілкування через месенджери (Telegram, Facebook, Viber). КНП «ЦПМСД №1» повинен вибирати ті канали для комунікацій, якими користуються його клієнти. При цьому важливо створити медіаплан, сформувавши SMM-стратегію підприємства, яка включатиме всі етапи воронки продажів (see, think, do, care), що формує попит клієнта, змушує його замислитися, придбати послугу, звернутись повторно. Завдяки маркетинговим комунікаціям медичний заклад зможе залучити нових клієнтів та за рахунок збільшення виручки збільшити чистий дохід і рентабельність підприємства.

В рамках удосконалення маркетингової діяльності нами запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо КНП «ЦПМСД №1» та його послуг в Інтернет засобах.

Обраний тип комунікації: PR-діяльність (зв'язки з громадськістю), програми лояльності.

Ключові повідомлення:

- КНП «ЦПМСД №1» вже 10 років займає лідерські позиції серед лікувальних закладів міста Кропивницький;
- до складу КНП «ЦПМСД №1» входять 10 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини;
- первинну медико-санітарну допомогу закріпленому за КНП «ЦПМСД №1» населенню надають 77 лікарів та 136 середніх медичних працівників;
- умови перебування задовольняють навіть найвибагливішого пацієнта.

Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram.

uozkmr.gov.ua/about-us/81-kz-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-1-m-kirovograd...

ГОЛОСНЕ

В поточному будинку м. Кропивницького за минулий тиждень з 20.02.2023 по 26.02.2023 народилися 20 новонароджених, з них: 16 хлопчиків, 12 дівчаток. Вітально щасливих батьків!

В травматологічному пункті №101 «Міська лікарня шкільної медичної допомоги» Кропивницької міської ради» за період з 21.02.2023 по 27.02.2023 закрилися травми: 120 осіб, з яких: 120 хлопчиків, 120 дівчаток. Травми лікуються внаслідок ДТП - 1.

ВАКЦИНАЦІЯ

У м. Кропивницькому триває вакцинація проти COVID-19. Вакцинація населення здійснюється у постійних пунктах вакцинації та тимчасових Центрах масової вакцинації населення. Згідно щодення 20.02.2023 у пункти числіть: перша дозна - 113 925, друга дозна - 105 950, перша бустерна дозна - 28 950, друга бустерна дозна - 3 485, додаткова вакцинація - 3. Усього щеплено 113 925 осіб. За 02 березня 2023 у Кропивницькому вакциновано 28 осіб.

Медcard24
Онлайн запис на прийом до лікаря

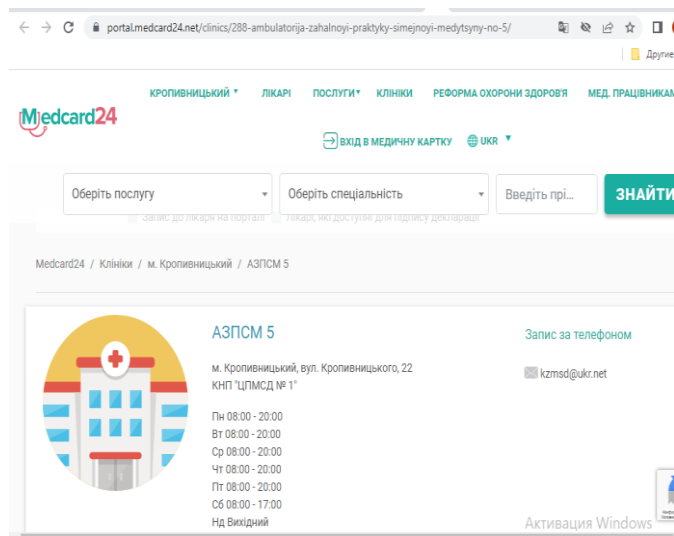
ФОТО	ІМ'Я	ПОСАДА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
	Сершенко Лариса Анатоліївна	Генеральний директор	095-44-1-15-12
	Гутура Світлана Михайлівна	Медичний директор	095-44-1-15-12
	Скрипак Олександр Сергійович	Заступник медичного директора з спеціалізованої медицини	095-44-1-15-12
	Тихонова Світлана Сергіївна	Заступник медичного директора з екстреної та дитячої медицини	
		Заступник генерального	

Джерело:

Рис. 3.4. Профіль КНП «ЦПМСД №1» на сайті Управління охорони здоров'я Кропивницької міської ради

Взаємодія пацієнтів і лікарів КНП «ЦПМСД №1» підтримується у

додатку Medcard24. Medcard24 – це сервіс запису до лікаря, який підтримує електронні медичні картки та має власний застосунок для гаджета.



Джерело:

Рис. 3.4. Профіль КНП «ЦПМСД №1» у додатку Medcard24

У кабінеті пацієнта доступна історія відвідувань лікаря, рекомендації, рецепти. До того ж, можна збирати в одному профілі медичні дані всієї родини. Medcard24 – це особиста медична картка пацієнта онлайн. Щоб мати змогу користуватися сервісом, необхідно зареєструватися на сайті <https://medcard24.net>

Записатися на прийом до лікаря можна у розділі «Медичні картки».

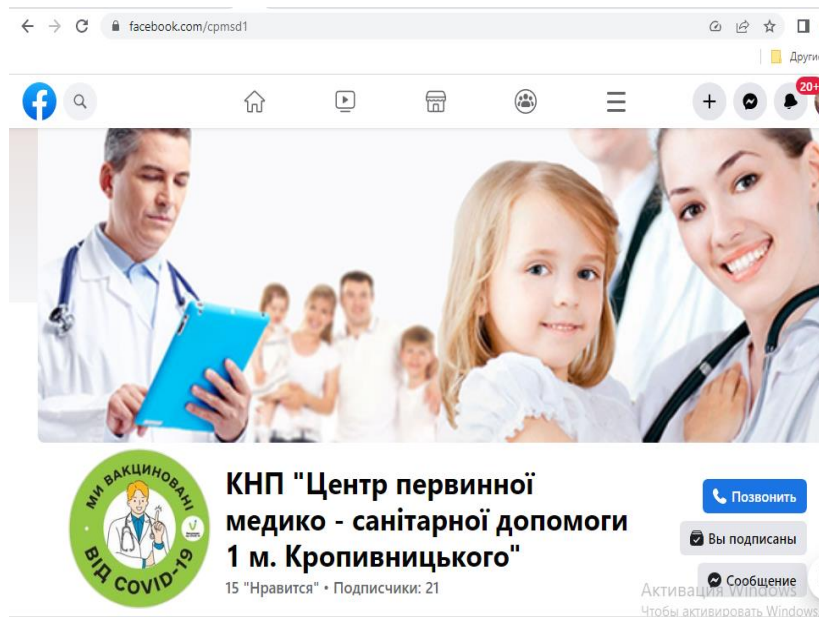
Для зручнішого користування сервісом Medcard24 радять встановити додаток Medcard24 на мобільний пристрій (телефон, планшет).

Через ПК або мобільний пристрій можна попередньо записатися на прийом до будь-якого вузького спеціаліста іншого закладу охорони здоров'я, який зареєстрований в електронній системі охорони здоров'я. Цією функцією слід скористатися у випадку отримання електронного направлення від лікаря первинки на консультацію до вузького спеціаліста чи подальшого обстеження. Наявність електронного направлення не гарантує, що ви потрапите на прийом в зручний час. Саме попередній запис на прийом дозволяє обрати зручний час та уникнути чекання у черзі.

Пацієнт самостійно обирає заклад охорони здоров'я та відповідного спеціаліста.

Користуватися сервісом Medcard24 можуть лише ті пацієнти, які обрали лікаря з надання первинної медичної допомоги та уклали декларацію. Наявність декларації дає право отримати цілий ряд послуг за Програмою медичних гарантій безкоштовно.

Зворотній зв'язок методом анкетування. Загальні контент-цілі на 2023 рік та мета їх реалізації: Facebook.



Джерело:

Рис. 3.4. Профіль КНП «ЦПМСД№1» у Facebook

Впровадження рубрик «Знайомство з лікарем», «Знайомство з відділенням».

Мета: знайомство з колективом КНП «ЦПМСД№1», демонстрація професіональних якостей та кваліфікаційних характеристик медичного персоналу, підвищення рівня довіри до закладу.

Продовження рубрики «Спеціалісти інформують».

Мета: підвищення кількості підписників в Facebook, знайомство з колективом, демонстрація професіональних якостей та кваліфікаційних характеристик медичного персоналу, підвищення рівня обізнаності населення

з питань загальних захворювань.

Продовження відео - рубрики «Спеціалісти інформують: правила надання невідкладної домедичної допомоги».

Мета: підвищення кількості підписників в Facebook, знайомство з колективом, демонстрація професіональних якостей та кваліфікаційних характеристик медичного персоналу, підвищення рівня обізнаності населення з питань надання екстреної медичної допомоги.

Оприлюднення послуг в бізнес-акаунті Facebook. Послуги мають супроводжуватися відповідними фотоілюстраціями та докладним описом.

Мета: формування у населення чіткого уявлення про послуги, які надає КНП «ЦПМСД№1».

Впровадження практики акційних пропозицій в бізнес-акаунті Facebook.

Мета: залучення більшої кількості потенційних пацієнтів.

Участь в соціально-значущих акціях та флешмобах (ситуативно, за рішенням керівництва).

Мета: формування активної соціальної позиції в Instagram.

Пропозиція - створити сторінку в Instagram, яка матиме на меті знайомство з колективом КНП «ЦПМСД№1», освітлення його повсякденного життя, знайомство з медичними послугами, формування позитивного портрету медичного працівника нашого закладу. Стиль ведення сторінки - friendly-style, - тут ми маємо відійти від офіційностей та налаштувати потенційних пацієнтів на довірливі відносини з колективом.

Наступна наша пропозиція - створити сторінку в Telegram. Сторінка повинна мати на меті акумулювання та розповсюдження інформації з усіх комунікативних джерел закладу.

Зворотній зв'язок з пацієнтами. Враховуючи різні вікові категорії пропонуємо декілька видів опитувань:

- Он-лайн анкетування на сторінці в Фейсбук;
- QR - анкетування (листівки або плакати з QR-кодом в фірмовому

стилі, розміщені в кожному відділенні закладу);

- «Скринька зауважень та пропозицій» в відділеннях закладу;

Опитування та анкетування дасть змогу: оцінити реальний рівень якості надання медичної допомоги в стаціонарі та поліклініці лікарні, виявити помилки та провести відповідну роботу, вдосконалити комунікаційну політику нашого закладу.

Таким чином, в рамках удосконалення маркетингової діяльності нами запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо медичного закладу та його послуг в Інтернет засобах. Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram.

3.3. Пропозиції щодо профілактики емоційного вигорання у медичних працівників КНП «ЦПМСД №1»

До профілактичних заходів щодо попередження ПРЕВ у медичного персоналу ЗОЗ належать такі заходи: проведення моніторингу у кожному медичному закладі охорони здоров'я на всіх рівнях, психологічних тренінгів, лекцій, навчання прийомам та способам саморегуляції комунікативної, емоційно-вольової, мотиваційної сфери особистості. Професійна діяльність лікарів та СМП вимагає постійної адаптації до виконання професійних обов'язків без шкоди для пацієнтів та родичів хворих, до колег та своїх рідних шляхом постійного проведення діагностичних, профілактичних та корекційних заходів психосоматичні складові компетентності, культури.

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила рекомендації для первинної профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Рекомендації ВООЗ щодо дій щодо запобігання СЕВ:

- не пред'являйте занадто високих вимог до людей, які допомагають іншим людям;
- забезпечення рівномірного розподілу задовільних завдань між

співробітниками;

- навчання персоналу тайм-менеджменту та прийомам релаксації;
- зміна роботи, що викликає надмірне напруження;
- заохочення утворення груп підтримки;
- наявність неповного робочого часу;
- дати можливість працівникам брати участь у прийнятті рішень, які впливають на умови праці.

Профілактичні та лікувальні заходи при синдромі емоційного вигорання медичних працівників при роботі з хворими на COVID-19 і сьогодні у військовий час багато в чому схожі: те, що захищає від розвитку цього синдрому, може бути використано і при терапії вже розвиненого емоційного вигорання. У терапії та профілактиці синдрому емоційного вигорання можна використовувати різні підходи: особистісно-орієнтовані методики, спрямовані на поліпшення здібностей особистості протистояти стресу через зміну своєї поведінки, відносини; заходи, спрямовані на зміну робочого оточення (попередження несприятливих обставин).

В першу чергу необхідно забезпечити усвідомлення пацієнтом проблеми і прийняття адекватної відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміна поведінки. Необхідна активна участь пацієнта у процесі терапії і співпраця з психологом. Медичним працівникам необхідно надати повну інформацію про синдром емоційного вигорання: основні клінічні прояви, закономірності перебігу, сприятливі фактори; про стресовому процесі і його стадіях відповідно до вчення Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром (1 - реакції тривоги, 2 - стадія резистентності, 3 - стадія виснаження); про фізичні симптоми, що спостерігаються при цьому, і про заходи з управління стресом. На початкових стадіях синдрому необхідно забезпечення хорошого, повноцінного відпочинку з повною ізоляцією від роботи. Необхідна допомога психотерапевта, психолога. Лікарям можна дати наступні рекомендації щодо заходів, що перешкоджають розвитку синдрому

емоційного вигорання і підвищує стресостійкість організму:

1. Регулярний відпочинок, баланс «робота – дозвілля». «Вигорання» посилюється кожного разу, коли межі між роботою і буденністю починають стиратися і робота займає більшу частину життя. Необхідно мати вільні вечори і вихідні (не брати роботу додому).

2. Регулярні фізичні вправи (як мінімум 3 рази на тиждень по 30 хв). Пацієнту необхідно пояснити необхідність фізичних вправ як шляхи виходу енергії, що накопичується в результаті стресу. Потрібно шукати такі види активності, які будуть подобатися пацієнту (прогулянки, біг, танці, велосипед, робота в саду, на дачній ділянці тощо), інакше вони будуть сприйматися як рутинні.

3. Повноцінний сон як найважливіший фактор, редукуючий стрес. У пацієнтів треба з'ясувати, скільки вони зазвичай сплять і скільки їм потрібно, щоб прокидатися відпочили (від 5 до 10 годин, в середньому – 7-8 годин). Якщо спостерігається недостатня тривалість сну, можна порекомендувати лягати на 30-60 хв раніше і контролювати результат через кілька днів. Сон вважається достатнім, коли люди прокидаються відпочилими, відчувають себе енергійними вдень і легко прокидаються вранці, коли дзвонить будильник.

4. Необхідно створення, підтримання «здорового робочого оточення», коли здійснюється планування черговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом, організація своєї роботи: часті короткі перерви в роботі (наприклад, по 5 хв щогодини), які більш ефективні, ніж рідкісні і тривалі. На роботу краще приготувати легкий сніданок, ніж голодувати весь день і переїдати вечорами. Невеликі фізичні вправи корисні для користувачів комп'ютерів. Кілька глибоких вдихів з повільним видихом можуть протидіяти негайній стресовій реакції або панічної атаки. Бажано скоротити споживання кофеїну (кава, чай, шоколад, кола), так як кофеїн є стимулятором, що сприяє розвитку стресової реакції. Приблизно через три тижні після поступового скорочення споживання кофеїну більшість пацієнтів

відзначають зниження тривоги і занепокоєння, печії і м'язової болі.

5. Роз'яснення необхідності делегувати відповідальність (розділяти відповідальність за результат діяльності з клієнтами, учнями, пацієнтами). Вироблення вміння говорити «ні». Ті люди, які дотримуються позиції «щоб щось було зроблено добре, треба робити це самому», безпосередньо йдуть до «вигорання».

6. Наявність Хобі (спорт, культура, природа). Пацієнту потрібно роз'яснити необхідність наявності інтересів поза роботою, що дозволяють зняти напругу, що виникає на роботі. Бажано, щоб хобі давало можливість розслабитися, відпочити (наприклад, живопис, а не автоперегони).

7. Активна професійна позиція, прийняття відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміна поведінки.

Дії щодо зміни стресогенної ситуації. У роботі з пацієнтами при індивідуальній або груповій терапії можна дотримуватися наступних напрямків:

1. Тренінг комунікативних навичок. Навчання навичкам ефективного міжособистісного спілкування. Виявлення і розширення значущих для пацієнта міжособистісних зв'язків (сім'я, друзі, колеги).

2. Позитивний погляд на речі. Пацієнту потрібно допомогти усвідомити, що існує багато варіантів інтерпретації певної ситуації. Відповідь на питання «Стакан наполовину порожній або наполовину повний?» залежить від погляду на речі: у оптимістів стакан повний, хоч і наполовину, у песимістів – порожній. Спільно з пацієнтом можна переглянути стресогенну ситуацію і знайти позитивні моменти. Це не змінить ситуації, але дозволить по-іншому дивитися на речі (раціонально-емотивна терапія).

3. Фрустраційна профілактика (зменшення помилкових очікувань). Якщо очікування реалістичні, ситуація більш передбачувана і краще керована. Свідомий вибір професії, знання про труднощі, пов'язані з нею,

реальна оцінка своїх власних можливостей може допомогти уникнути «вигорання» або істотно призупинити його розвиток.

4. Тренінг впевненості в собі. Люди, схильні до синдрому емоційного вигорання часто мають занижену самооцінку, боязкі, тривожні, невпевнені в собі. Можна використовувати методику «чарівний магазин». Пацієнту пропонується уявити, що він знаходиться в чарівному магазині, в якому може придбати будь-яку відсутню йому особистісну рису: приміряти її на себе, взяти її собі.

5. Навчання технікам релаксації (розслаблення). Можливе використання наступних технік: – прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона). Вправи легко освоюються в групах або самотійно. Основною метою методу є досягнення довільного розслаблення поперечно-смугастих м'язів в спокої. Сеанси займають до 30 хв; – трансцендентальна медитація. Під медитацією розуміють штучно створену ситуацію, в якій людина спеціально зайнятий самовдосконаленням своїх розумових процесів або якихось психічних особливостей, розмірковуючи над ним же створеними штучними обставинами; – аутогенне тренування (метод Шульца) – самонавіювання в стані релаксації або гіпнотичного трансу; – довільне самонавіювання (метод Куе) дозволяє придушити хворобливі, шкідливі за своїми наслідками уявлення і замінити їх корисними і благотворними. Може використовуватися для редукції стресу перед важливими зустрічами. Проведення дебрифінгу (обговорення) після критичної події. Обговорення передбачає можливість висловити свої думки, почуття, асоціації, викликані яким-небудь серйозним подією. Цей метод широко використовується за кордоном в правоохоронних органах. Через обговорення після травматичних впливів (погоні, стрільби, смерті) професіонали позбавляються від зтяжкого почуття провини, неадекватних і неефективних реакцій і можуть продовжити роботу (наприклад, чергування). Релігійність також розглядається низкою дослідників як профілактичний фактор, що перешкоджає розвитку синдрому емоційного вигорання. Отже, для профілактики синдрому емоційного

вигорання, медичним працівникам варто приділяти більше уваги поза професійній діяльності, таким як хобі, активні заняття спортом та активний відпочинок. Варто не перенавантажувати себе професійними обов'язками, вміло їх розподіляти, але при цьому бути повністю відповідальним професіоналом.

Висновки до розділу 3

До цих напрямків відносяться: підвищення зацікавленості менеджерів КНП «ЦПМСД №1» в поліпшенні її роботи; усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення надання медичних послуг КНП «ЦПМСД №1»; залучення до процесу покращень усієї адміністрації КНП «ЦПМСД №1». Рекомендації керівникам лікарів КНП «ЦПМСД №1»: - відкрито комунікувати на адміністративні питання; - зробити менеджмент більш прозорим.

В рамках удосконалення маркетингової діяльності нами запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо медичного закладу та його послуг в Інтернет засобах. Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram.

Рекомендації щодо заходів, що перешкоджають розвитку синдрому емоційного вигорання і підвищує стресостійкість організму: регулярний відпочинок, баланс «робота – дозвілля»; регулярні фізичні вправи; повноцінний сон; створення, підтримання «здорового робочого оточення»; активна професійна позиція.

Дії щодо зміни стресогенної ситуації: тренінг комунікативних навичок; позитивний погляд на речі; фрустраційна профілактика; тренінг впевненості в собі; навчання технікам релаксації (розслаблення).

ВИСНОВКИ

В роботі узагальнено теоретико-методологічні основи та обґрунтовано рекомендації щодо удосконалення системи управління закладом у сфері охорони здоров'я. Підсумовано висновки та надано рекомендації:

Управління ЗСОЗ - це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень - основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень - проектування, організація. Оперативний рівень - регулювання, облік, контроль, аналіз.

У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи: 1) стратегічний рівень - головний лікар; 2) тактичний рівень - заступники головного лікаря по медичній частині; 3) оперативний рівень - керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

У процесі управління медичним закладом використовується безліч різноманітних способів, підходів та прийомів. В сукупності вони виступають як методи управління, під якими розуміються способи здійснення управлінської діяльності, застосовувані для постановки і досягнення її цілей. Методи управління являють собою способи, а також сукупність прийомів впливу на колективи людей або окремих медичних працівників у процесі їх трудової діяльності. Розрізняють такі методи управління у сфері охороною здоров'я: організаційно-розпорядчі (або адміністративні); економічні; соціально-психологічні; колективні (або суспільні).

КНП «ЦПМСД №1» є багатопрофільним закладом охорони здоров'я – це комунальне унітарне некомерційне та неприбуткове підприємство, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах, та послуги по паліативній медичній допомозі будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України

та його Статутом

Дані свідчать, що 2018 по 2020 роки число укладених декларацій збільшувалася відповідно на 27,9 та 9,2 відсотки відповідно, тоді як у 2021 році це число скоротилося на 1585 одиниць.

Отримані доходи за останні 5 років з 2017 по 2021 рік зросли на 147,65 відсотків і склали у 2021 році 86152,6 тис. грн. Причина такого зростання - реструктуризація підприємства. Разом з тим за останні п'ять років ми спостерігаємо зростання витрат підприємства 126,47 від або 43997,8 тис. грн. найбільше зросли витрати у 2021 році на 37,04 відсотки. Зросла оплата праці за останні 5 років її ріст склав 178,67 від відсотків. Облікова кількість штатних працівників за останні 5 років скоротилася на 3,25 або на 10 осіб. Середньомісячна зарплата штатних працівників зросла на 186,89 відсотки і склала у 2021 році 15928,19грн. Фінансовий результат КНП «ЦПМСД №1» зріс майже у 151 рази і склав у 2021 році 7366,1 тис. грн.

Результати діяльності працівників підприємства, тобто кількість відвідувань лікарів амбулаторій, збільшилась за останні п'ять років на п'ятнадцять відсотків і склала 384295 разів. При цьому дільничні терапевти у своїй діяльності мають зменшення кількості відвідувань на 65,8 відсотки, причина - збільшення числа сімейних лікарів і заключення декларації з ними. У лікарів загальної практики сімейної медицини кількість відвідувань збільшилась за останні 5 років на 47,6 відсотків і склала у 2021 році 224182 відвідування. Зросло навантаження дільничних педіатрів, за останні 5 років на 29,5 відсотки. Реструктуризація підприємства вплинула на скорочення роботи лікарів вдома на 92,0 відсотки і склала у 2021 році 10793 відвідування. В цьому числі найбільше скоротилось відвідування дільничних терапевтів з 40620 відвідувань у 2017 році, до 1004 відвідувань у 2021 році.

Фонд оплати праці штатних працівників за останні 5 років збільшився у 17 раз. Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду теж збільшилася у 2021 році порівняно з 2017 роком на 4 особи або 1,3

відсотка. Середньорічна зарплата штатних працівників збільшилася на 114324,7 грн. Середньомісячна зарплата штатних працівників підприємства теж збільшується і в 2021 році вона складала 15079,3 грн.

В цілому тенденції у структурі населення, яке обслуговує КНП «ЦПМСД №1» негативні. А війна вже сьогодні має значні негативні зрушення і ми прогнозуємо на майбутнє значні кризові зрушення.

Щодо складу управлінського персоналу досліджуваного підприємства, то їх кількість налічує 15 осіб. Серед усього управлінського персоналу вищу освіту в галузі «Управління» мають 80% працівників управлінської діяльності.

У третьому розділі ми розглянули основні напрямки поліпшення менеджменту медичних установ первинної ланки.

До цих напрямків відносяться: підвищення зацікавленості менеджерів КНП «ЦПМСД №1» в поліпшенні її роботи; усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення надання медичних послуг КНП «ЦПМСД №1»; залучення до процесу покращень усієї адміністрації КНП «ЦПМСД №1», тобто активної практичної участі кожного представника адміністративного складу ЗОЗ; участь сімейних лікарів та іншого персоналу в процесі впровадження заходів щодо покращення умов медичної діяльності КНП «ЦПМСД №1»; заохочення індивідуальної участі, розробка системи заходів, що заохочуватиме особисту участь; формування групи з удосконалення менеджменту процесами КНП «ЦПМСД №1». КНП доцільно розробити довгострокову стратегію, спрямовану на підвищення якості медичних послуг. Протягом року має здійснюватися контроль виконання визначених планів.

Рекомендації керівникам лікарів КНП «ЦПМСД №1»: - відкрито комунікувати на адміністративні питання; - зробити менеджмент більш прозорим. Ми рекомендуємо створити базу сімейних лікарів і керівників, що освоїли дані методи; - уточнити, які з процесів роботи пов'язані з психологічної і фізіологічної навантаженням; - прагнути до постійного

вдосконалення процесів адміністрування та покращення умов медичної діяльності.

В рамках удосконалення маркетингової діяльності нами запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо КНП «ЦПМСД №1» та його послуг в Інтернет засобах.

Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram.

Зворотній зв'язок методом анкетування. Загальні контент-цілі на 2023 рік та мета їх реалізації: Facebook.

Впровадження рубрик «Знайомство з лікарем», «Знайомство з відділенням». Продовження рубрики «Спеціалісти інформують». Продовження відео - рубрики «Спеціалісти інформують: правила надання невідкладної домедичної допомоги». Оприлюднення послуг в бізнес-акаунті Facebook. Послуги мають супроводжуватися відповідними фотоілюстраціями та докладним описом. Впровадження практики акційних пропозицій в бізнес-акаунті Facebook. Участь в соціально-значущих акціях та флешмобах (ситуативно, за рішенням керівництва).

Пропозиція створити сторінку в Instagram, Стиль ведення сторінки - friendly-style. Створити сторінку в Telegram. Сторінка повинна мати на меті акумулювання та розповсюдження інформації з усіх комунікативних джерел закладу.

Рекомендації щодо заходів, що перешкоджають розвитку синдрому емоційного вигорання і підвищує стресостійкість організму: регулярний відпочинок, баланс «робота – дозвілля»; регулярні фізичні вправи; повноцінний сон; створення, підтримання «здорового робочого оточення»; активна професійна позиція.

Дії щодо зміни стресогенної ситуації: тренінг комунікативних навичок; позитивний погляд на речі; фрустраційна профілактика; тренінг впевненості в собі; навчання технікам релаксації (розслаблення).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент організацій: медичний та фармацевтичний менеджмент: навч. посіб. К.: ВД «Персонал». 2009. 336 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
3. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посібник.- К.: МАУП, 2007. 328 с.
4. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Економіка та управління національним господарством. 2019. № 1(69). 73-79
5. Брич В.Я., Корман М.М. Психологія управління: навч. посібник. Київ: Кондор, 2013. 384 с.
6. Василенко В.А. Теорія і практика розробки управлінських рішень: навч. посібник. Київ: ЦУЛ, 2013. 420 с
7. Вороненко Ю.В., Пащенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. К. : Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2011. 499 с.
8. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
9. Дайджест змін в охороні здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf (дата звернення: 12.12. 2020).
10. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
11. Дмитрук О. В., Свінцицька О. М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. Приазовський економічний вісник. 2018. Вип. 5(10). 182-186.

12. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf (дата звернення: 15.04.2020).
13. Дороніна М. С., Доронін А. В. Культура ділового спілкування і партнерства : навчальний посібник. Харків: Вид. ХНЕУ, 2008. 204 с.
14. Журавель В.И, Запорожан В.Н.. Менеджмент в системе медицинской помощи. Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2015. 432 с
15. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здравоохрані і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120с.
16. Карамишев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамишев // Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). 2006. № 1 (17). С. 279-284.
17. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. 36 с.
18. Концепція нової системи охорони здоров'я / [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана.
19. Короленко В. В. ., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції монографія. К., 2018. 96с.
20. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 43 с.
21. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
22. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах

реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 15.12.2020).

23. Олефір А. О. Правовий механізм державних закупівель: стимулювання інноваційності виробництва медичної продукції [Текст] : монографія / А. О. Олефір. - К. : Юстініан, 2014. 448 с.

24. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; Упорядник – проф. Я. Ф. Радиш, Передмова – проф. Т. Д. Бахтєєва; загальна редакція – проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: Вид-во НАДУ, 2013. 424 с.

25. Радиш Я.Ф. Основи менеджменту. Київ. 2017. 288 с. 16.Хміль Ф.І. Менеджмент: підручник. К.: Вища школа. 2015. 351 с.

26. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3 (57). 162-168.

27. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: авто- реф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

28. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78-83.

29. 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.

30. Стівен М. Шортел, Арнольд Д. Калюжний. Менеджмент в охороні здоров'я. К.: Основи. 2015. 269 с.

31. Третьяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. Бізнесінформ. 2014. № 11. С. 331-336

32. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол.моногр. За ред.. О.В.Баєвої, І.М.Солоненка. К. МАУП, 2007.

376 с.

33. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис.канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 20 с.

34. 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.

35. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. С. 116-120.

1. Бойчик І. М. Економіка підприємств / І. М. Бойчик і ін. – Львів, 1998. -298 с.

2. Болюх М. А., Заросило А. П. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ: Навчальний посібник. – К.: КНЕУ, 2008. – 344 с.

3. Брич В. Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : монографія / В.Я. Брич, Л.В. Ліштаба, П.П. Микитюк . – Тернопіль: ТНЕУ, 2018. – 192 с.

4. Васюк Н. О. Світовий досвід підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я (огляд літературних джерел) / Н. О. Васюк // Державне управління, 2012. – № 1. – С. 21-26.

5. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2014. – № 3. – С. 136-142.

6. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання URL: http://www.kpu.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf (дата звернення: 06.10.2022).

7. Економіка праці і соціально-трудові відносини : навч. посібник /

М. Д. Ведерніков, О. В. Хитра, О. А. Гарват [та ін.]. – Л. Новий світ-2000, 2012. – 869 с.

8. Загороднюк О.В. Особливості організації управлінської праці у сільськогосподарських підприємствах / О.В. Загороднюк // Економіка і організація управління. - 2014. - Вип. 1-2. - С. 105-111. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eiou_2014_1-2_17 (дата звернення: 12.11.2021).

9. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів / О. Коваленко // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2016. – Вип. 2 (29). – С. 143-146.

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

11. Мантур-Чубата О.С. Особливості управлінської праці на підприємствах в галузі охорони здоров'я / М.Д. Ведерніков, О.О. Чернушкіна, О.С. Мантур-Чубата // «Східна Європа: економіка, бізнес та управління». – 2018. - № 3 (14). – С. 271-277.

12. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. - 2016. - Вип. 6. - С. 75-79.

13. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі / Л. А. Мельник // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2018. - № URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf (дата звернення: 15.11.2021).

14. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я / С. О. Назарко // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2020. - № 1. URL:

http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf (дата звернення: 15.11.2021).

15. Погоріляк Р. Ю. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні / Р. Ю. Погоріляк, О. П. Гульчій // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4(36). – С. 76-80.

16. Погоріляк Р. Ю. Сучасна підготовка керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації / Р. Ю. Погоріляк, Г. О. Слабкий. – Київ, 2019. – 46 с.

17. Посилкіна О. В. Економіка праці : навчальний посібник / О. В. Посилкіна, В. А. Євтушенко, О. Ю. Єгорова. – Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2003. – 208 с.

18. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018-1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikov-vipusk-78-ohorona-zdorovja> (дата звернення: 07.11.2022).

19. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3. – С. 78–83.

20. Шегда А.В. Менеджмент: Підручник. – К.: Знання, 2004. – 687 с.

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

22. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2018. – № 2. – С. 116-120.

23. Key Competencies for Lifelong. A European Reference Frameworkk. – Brussels. European Commission, 2005. — URL: <http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc>. — Дата звернення: 15.03.2018. —

Назва з екрана.

24. Словник іншомовних слів / за ред. акад. АН УРСР О. С. Мельничука. – 2-е вид., випр. і доп. — Київ : Гол. ред. укр. радян. енциклопедії, 1985. — 966 с. — С. 345.

Spencer, L.M. & Spencer, S.M. Competence at Work: Models for Superior Performance. New York: John Wiley & Sons, Inc. – 1993.

Dubois, D.D. Competency-based Performance Improvement: A Strategy for Organization Change / Human Resource Development Press. – 1993.

WHO (1978). Alma Ata 1978: Primary Health Care. *HFA Sr.* (1). URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>

[ICPC-2e](#) (Міжнародна класифікація первинної допомоги, 2 видання). URL: <https://emsua.info/recommendations/classifiers-diseases/icpc-2>

Закон України від 22 січня 2010 р. № 1841-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text>

Офіційний сайт Управління охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького, КНП «Центр первинної медико - санітарної допомоги №1 м. Кропивницького» Кропивницької міської ради» URL: <https://uozkmr.gov.ua/about-us/81-kz-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-1-m-kirovograda.html>

Офіційна сторінка FB КНП «Центр первинної медико - санітарної допомоги №1 м. Кропивницького» Кропивницької міської ради» — URL: <https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fuozkmr.gov.ua%2Fabout-us%2F81-kz-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-1-m-kirovograda.html>

Конституція України URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР «Про місцеве самоврядування в Україні» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97->

%D0%B2%D1%80#Text

Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>

Комітет з економічних реформ при Президентові України від 2 червня 2010 року «Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838>

Указ Президента України від 12.03.2013 року №128/2013 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1282013-15095>

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.05.2011 № 301 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0676-11#Text>

Кропивницька міська рада восьма сесія восьмого скликання рішення від 25 листопада 2021 року № 921 «Програма розвитку галузі охорони здоров'я на 2021-2025 роки (зі змінами)» URL: <https://uozkmr.gov.ua/uploads/doc/2022.pdf>;

Кропивницька міська рада дев'ята сесія восьмого скликання рішення від 16 грудня 2021 року № 1065 «Комплексна програма підтримки учасників антитерористичної операції, операції Об'єднаних сил в східних областях України та членів їх сімей на 2017-2022 роки (зі змінами)» URL: <https://uozkmr.gov.ua/uploads/doc/2022-1.pdf>

Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

Закон України від 15.05.2003 № 755-IV «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб –підприємців та громадських формувань» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/755-15>.

Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII «Про ліцензування видів господарської діяльності» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.

Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

Міністерство охорони здоров'я України. Наказ 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

Кодекс цивільний від 16.01.2003 № 435-IV URL: https://ips.ligazakon.net/document/T04_1618

Господарський кодекс України від 16.01.2003 [436-IV](#) або 436-15 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>