

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

**на тему: Адміністративне управління в сфері забезпечення населення
послугами сімейної медицини**

Виконав:

Волошина Тетяна Іванівна
студентка спеціальності
073 «Менеджмент» ОП «Адміністративний
менеджмент»

Керівник:

Стоволос Надія Борисівна
професор кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент:

Вікторія БОЖКОВА
завідувач кафедри бізнес-економіки та
адміністрування Сумського державного
педагогічного університету імені А.С. Макаренка,
д.е.н., професор

Суми – 2024

АНОТАЦІЯ

Волошина Т.І. Адміністративне управління в сфері забезпечення населення послугами сімейної медицини

Кваліфікаційна робота з ОПП «Адміністративний менеджмент», спеціальності 073 «Менеджмент», СНАУ, Суми. 2024 р. Рукопис.

В кваліфікаційній роботі розглянуті теоретичні основи адміністративного управління у сфері сімейної медицини. Серед методів удосконалення управління можна виділити аналіз витрат робочого часу керівника установи та керівників її функціональних підрозділів. Для того, щоб виявити основні причини дефіциту часу треба періодично здійснювати інвентаризацію часу за кілька робочих днів. В основі розробки плану використання часу може бути перспективний план керівника. Відповідно, в основі плану на майбутнє, який може охоплювати не один рік, повинен лежати річний план, який, у свою чергу, може охоплювати квартальні плани. Квартальні плани обов'язково повинні бути скоординовані з планом на рік та поділені на місячні плани. Тому тижнево-добовий план є найбільш точним планом використання робочого часу керівника. Підвищенню якості надання медичних послуг сприяє діджиталізація документообігу. У ході дослідження документального забезпечення системи управління персоналом у закладі виявлено такі дві проблеми: великий обсяг документів та відсутність часу на їх обробку. Для того, щоб удосконалити процес документального забезпечення системи управління персоналом закладом, пропонується впровадження системи електронного документообігу в системі управління закладом. Система електронного документообігу дозволяє автоматизувати роботу з документами та раціонально використовувати співробітникам свого часу на роботу з документами. Соціально-психологічні методи управління мають універсальний характер і є невід'ємною частиною адміністративного управління якістю надання допомоги сімейної медицини. Використання принципів та інструментів соціальної та когнітивної (пізнавальної) психології у практичній діяльності керівників медичних закладів дозволяє більш ефективно вирішувати проблеми впровадження та підтримки в робочому стані системи адміністративного управління якістю. Найбільш перспективними є методи, спрямовані на зміну установок працівників та внутрішньо-організаційної культури медичного закладу, включаючи групові норми, цілі, систему цінностей. Для позитивного сприйняття організаційних змін у сфері якості дуже важливий перший успіх, досягнення якого керівнику слід звернути особливу увагу, виділивши відповідні ресурси.

Ключові слова: адміністративне управління, сімейна медицина, медичний центр, управління часом, електронний документообіг, соціально-психологічні методи управління

SUMMARY

Voloshyna T.I. Administrative management in the field of providing the population with family medicine services

Qualifying work from the EPP "Administrative Management", specialty 073 "Management", SNAU, Sumy. 2024. Manuscript.

The theoretical basis of administrative management in the field of family medicine is considered in the qualification work. Among the methods of improving management, it is possible to single out the analysis of the working time of the head of the institution and the heads of its functional divisions. In order to identify the main reasons for the lack of time, it is necessary to periodically carry out an inventory of time for several working days. The development of a time use plan can be based on the long-term plan of the manager. Accordingly, a future plan, which may cover more than one year, should be based on an annual plan, which, in turn, may include quarterly plans. Quarterly plans must be coordinated with the plan for the year and divided into monthly plans. Therefore, the weekly-daily plan is the most accurate plan for using the manager's working time. Digitalization of document flow contributes to the improvement of the quality of the provision of medical services. In the course of the study of documentation support of the personnel management system at the institution, the following two problems were identified: a large volume of documents and a lack of time to process them. In order to improve the process of documentation support of the institution's personnel management system, it is proposed to introduce an electronic document management system in the institution's management system. The electronic document management system allows you to automate work with documents and rationally use your time for working with documents. Socio-psychological management methods have a universal character and are an integral part of the administrative management of the quality of family medicine care. The use of the principles and tools of social and cognitive (cognitive) psychology in the practical activities of managers of medical institutions allows to more effectively solve the problems of implementation and maintenance of the system of administrative quality management. The most promising are methods aimed at changing the attitudes of employees and the internal organizational culture of a medical institution, including group norms, goals, and a system of values. For a positive perception of organizational changes in the field of quality, the first success is very important, the achievement of which the manager should pay special attention by allocating appropriate resources.

Key words: administrative management, family medicine, medical centre, time management, electronic document management, socio-psychological management methods

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	10
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ КП «ЛАДИЖИНСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»	21
2.1 Загальна характеристика КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»	21
2.2 Аналіз системи адміністративного управління надання медичних послуг КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»	31
2.3 SWOT аналіз надання послуг сімейної медицини КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»	39
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	43
3.1 Напрямки удосконалення адміністративного управління надання медичних послуг закладом сімейної медицини	43
3.2 Обґрунтування ефективності електронного документообігу у сфері адміністративного управління надання медичних послуг закладом сімейної медицини	56
3.3 Використання соціально-психологічних методів адміністративного управління для підвищення якості надання допомоги сімейної медицини	59
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Для української сфери охорони здоров'я нині особливо актуальною є проблема підвищення ефективності діяльності медичних закладів та організації медичної допомоги населенню, в тому числі у секторі сімейної медицини. Для цього необхідно знайти рішення таких завдань, як ресурсне забезпечення галузі та раціональне використання наявних ресурсів, розвиток альтернативних джерел фінансування, інформатизації системи управління та підвищення якості надання медичних послуг населенню та створення умов для впровадження сучасних високотехнологічних медичних технологій тощо.

Необхідність вирішення цих складних завдань, у свою чергу, вимагає нових форм, методів і моделей адміністративного управління всіма ланками системи охорони здоров'я та економічними процесами, що протікають у ній, включаючи створення моделей управління на основі комплексного системного підходу на рівні лікувально-профілактичного закладу.

Питанням управління, організації і розвитку медицини, в тому числі сімейної медицини, сьогодні приділяється увага, зокрема такими вітчизняними вченими, як Барзилович А. Д. [2], Горачук В.В. [8], Книш С.В. [10], Мельник Л. А. [15], Яремчук О.В. [30] та інші. Роботи вітчизняних дослідників, що розглядають проблеми адміністративного управління в сфері сімейної медицини, на сьогоднішній день знаходять практичне впровадження, про що говорить досвід сучасної практичної діяльності центрів сімейної медицини у даному аспекті. Особливий вплив на ефективне адміністративне управління закладів сімейної медицини має раціональна організація роботи керівників медичних закладів, впровадження електронного документообігу з метою підвищення якості надання медичних послуг лікарем загальної практики (сімейним лікарем), що обумовлює актуальність даного дослідження, його тему, мету і задачі.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є пропозиція напрямків удосконалення адміністративного управління в сфері забезпечення населення послугами сімейної медицини для підвищення їх якості.

Досягнення мети дослідження є можливим завдяки вирішенню таких завдань:

- розглянути теоретичні основи адміністративного управління у сфері сімейної медицини;
- надати загальну характеристику КП «Ладизинський міський ЦПМСД»;
- проаналізувати систему адміністративного управління медичним центром;
- зробити SWOT аналіз надання послуг сімейної медицини медичним центром;
- на підставі проведеного аналізу запропонувати напрямки удосконалення адміністративного управління закладом сімейної медицини.

Об'єктом дослідження є процес адміністративного управління забезпечення населенню послугами сімейної медицини центром первинної медико-санітарної допомоги.

Предметом дослідження є теоретичні та методичні аспекти адміністративного управління забезпечення населенню послуг сімейної медицини.

Методи дослідження. При написанні кваліфікаційної роботи використовувались: діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі використано структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Інформаційною базою для проведення дослідження слугували: законодавчі і нормативно-правові акти; матеріали Державної служби статистики України; фінансова звітність досліджуваної установи; монографії, науково-аналітичні публікації й електронні ресурси з теми дослідження.

Елементами наукової новизни одержаних результатів проведеного дослідження є пропозиція напрямків удосконалення адміністративного

управління забезпечення населенню послуг сімейної медицини для підвищення їх якості.

Практичне значення одержаних результатів визначається в апробації запропонованих заходів з питання удосконалення адміністративного управління центром сімейної медицини, що дозволить у майбутньому підвищити якість надання сімейної медичної допомоги пацієнтам та їх родинам.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Положення кваліфікаційної роботи доповідалися автором на двох наукових конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції (Полтава, 2023) «Сучасні тенденції розвитку науки, освіти, технологій та суспільства»; Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів «Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті сучасної науки»(м. Чернігів, 2023 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 2 наукові праці загальним обсягом 0,1 друкованих аркушів.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 37 найменувань, 6 додатків. Основний текст роботи викладено на 68 сторінках комп'ютерного набору. Робота містить 17 таблиць, 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Серед ключових напрямків реформування вітчизняної медицини, наближення її до європейських стандартів, удосконалення системи взаємовідносин «лікар-пацієнт» на рівні первинної медико-санітарної допомоги населенню України є розвиток сфери сімейної медицини. В основі організації і впровадження системи сімейної медицини, насамперед, лежать концептуальні принципи: орієнтація на сім'ю; забезпечення постійної медичної допомоги; профілактична спрямованість; виявлення і врахування впливу на здоров'я конкретного пацієнта соціально-економічних, екологічних, спадкових, психологічних, трудових та інших факторів [18].

Діяльністю з надання первинної медичної допомоги займаються центри первинної медичної (або медико-санітарної) допомоги, які відносяться до медичних закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я, а також сімейні лікарі (лікарі загальної практики), які здійснюють медичну практику як фізичні особи-підприємці. До складу центрів первинної медичної (або медико-санітарної) допомоги можуть включатися як структурні, так і відокремлені підрозділи, а також фельдшерсько-акушерські або медичні пункти, амбулаторії, медичні кабінети [19].

Організація первинної медико-санітарної допомоги в містах наведена на рис. 1.

Концептуальні принципи впровадження практики сімейної медицини визначають специфіку діяльності сімейного лікаря, її фундаментальні відмінності від роботи «класичного» дільничного терапевта або педіатра. Основою діяльності сімейного лікаря є тісний контакт з пацієнтами на рівні сім'ї, перманентний контроль за станом здоров'я її членів, профілактика і виявлення на ранніх стадіях

різних форм патології і, зрештою, забезпечення адекватного первинного лікування.

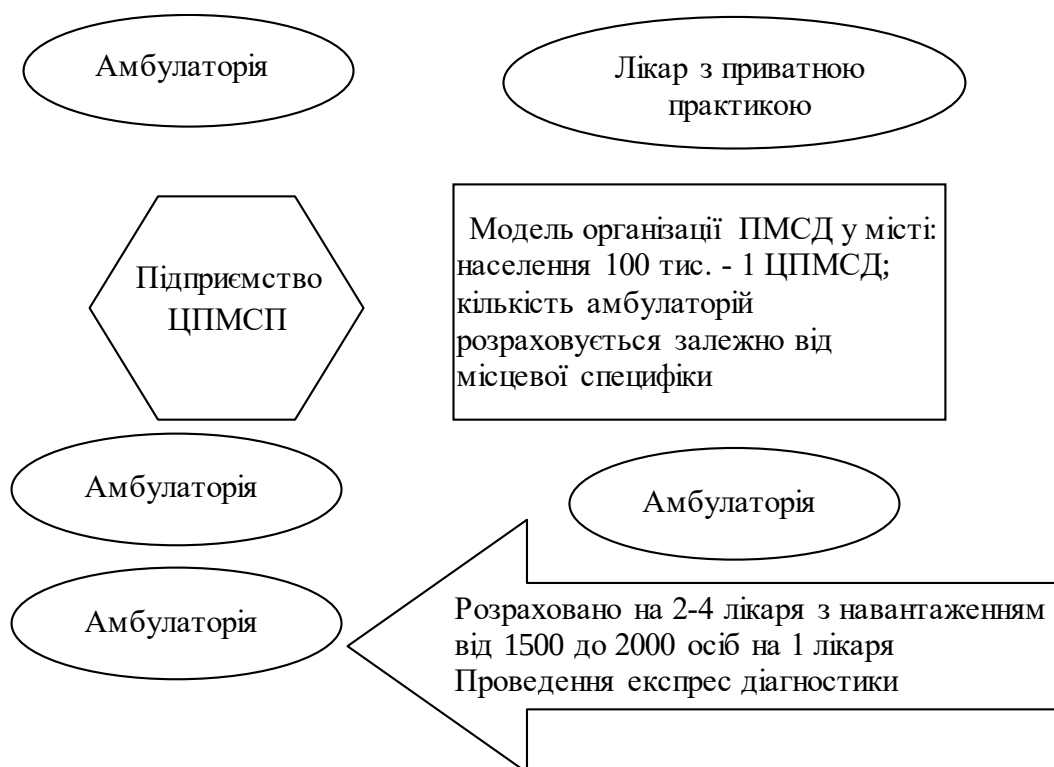


Рисунок 1 - Організація первинної медико-санітарної допомоги в містах

Джерело: [16]

Сімейна медицина – це єдина клінічна спеціальність, яка займається лікуванням великого спектру захворювань, які розглядаються в різних медичних галузях. Специфікою діяльності сімейного лікаря є те, що він «лікує» не якусь окрему патологію, орган чи систему організму, а знає широке коло найпоширеніших патологій з різних областей медицини. Це дозволяє сімейному лікарю (практично єдиному з медичних фахівців): розглядати людину більш всебічно і цілісно, не поділяючи її на органи та системи; надавати первинну медичну допомогу будь-якому пацієнту, незалежно від його статі та віку; виступати партнером із управління здоров'ям сім'ї.

У 1991 році був прийнятий Всесвітньою організацією національних коледжів, академій та академічних асоціацій сімейних лікарів (WONCA) документ, в якому підкреслюються основні вимоги до лікаря загальної практики.

У цьому документі акцентується увага на комплексному характері медичної допомоги. Зокрема, вона включає, крім лікування захворювань, реабілітацію, профілактику та зміцнення здоров'я.

Отже, сімейним лікарем можна назвати лікаря, яким має специфічну кваліфікацію, оскільки повинен володіти як «знаннями та навичками в галузі терапії, педіатрії та геріатрії», так і знаннями та навичками у галузі суміжних вузьких спеціальностей. Наприклад, «офтальмологія, оториноларингологія, неврологія, дерматологія, кардіологія та інших». Крім того, сімейний лікар повинен мати компетентності з питань «гігієни, лікувального харчування, психології та педагогіки» [27].

Сімейний лікар зазвичай є особистим лікарем не окремого хворого, а всієї його сім'ї. Його завданнями є: «повне первинне обстеження, щорічна діагностика, проведення медичних процедур та лікування. Сімейний лікар лікує прості форми вузькоспеціалізованих захворювань, проводить різні діагностичні дослідження (ЕКГ, ФЗД, УЗД тощо). Сімейні лікарі знають усю історію хвороби своїх пацієнтів і у разі необхідності направляють пацієнта до вузького фахівця» [27].

Сімейна медицина дозволяє досягти скорочення часу, який витрачається хворим на здійснення діагностики та проходження обстеження. Завдяки постійному спостереженню за станом здоров'я пацієнта та його сім'ї будь-які можливі захворювання виявляються вже на ранній стадії, що є запорукою ефективного лікування. Регулярні заходи діагностики та обстеження сприяють виявленню багатьох можливих захворювань на ранній стадії, а значить запобігти їх розвитку та зберегти здоров'я на довгі роки.

Ефективність діяльності медичних закладів визначається як матеріальними витратами, так і якістю організації самого лікувального процесу і фаховості лікарів. Адже в ідеалі будь-яку хворобу простіше та й дешевше попередити, ніж потім лікувати. Тому виникла об'єктивна необхідність проводити безпосередню роботу із самим хворим та його родиною і акцентувати увагу на поліклініку для забезпечення якісного лікувального процесу.

Світова практика сімейної медицини свідчить, що 90% всіх пацієнтів, як правило, розпочинають та закінчують лікування «на рівні лікаря загальної практики». Світовий досвід підтверджує той факт, що частка сімейних лікарів у складі усіх лікарів є досить високою. Наприклад, у Франції вона становить 54%, в Іспанії - 15%, в США - 39,2% із 653 тис. лікарів. В цілому у деяких країнах світу на одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) та 975 (Іспанія) мешканців до 2430 (Швеція). Кількість годин роботи сімейного лікаря протягом тижня коливається від 25 у Франції до 57 годин у Японії. За кількістю консультацій за годину прийому найбільш активно сімейні лікарі працюють у Японії - 5,7, а найменше у Швеції - 2,4 консультації [29].

Здоров'я людини і тривалість його життя залежить, насамперед, від якості медичних послуг. У свою чергу, якість медичних послуг визначається наступними факторами:

- професіоналізм лікарів (рівень кваліфікації, освіти, практичний досвід);
- психологічні здібності лікарів (наприклад, здатність до терплячого спілкування, позитивний вплив на поведінку пацієнтів, формування у пацієнтів довіри до лікаря [14];
- обсяг та своєчасність надання медичної послуги;
- рівень матеріально-технічної оснащеності медичних закладів;
- інноваційна активність медичних закладів тощо.

Згідно теорії управління якістю медичних послуг залежить від: професійної компетентності, доступності, економічної ефективності, особистих взаємин лікаря і пацієнта, результативності, безперервності, послідовності, безпечності і зручності [6].

Принцип доступності та якості сімейної медицини забезпечується за допомогою:

- 1) організації центрів сімейних лікарів за принципом наближеності до місця проживання, місця роботи, виходячи із потреб населення;
- 2) наявності необхідної кількості сімейних лікарів для забезпечення потреб населення у наданні первинної медико-санітарної допомоги;

3) дотримання порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги при наданні первинної медико-санітарної допомоги сімейними лікарями;

4) надання сімейними лікарями гарантованого обсягу медичної допомоги відповідно до програми державних гарантій безоплатного надання громадянам медичної допомоги;

5) транспортної доступності офісів сімейних лікарів для всіх груп населення, у тому числі інвалідів та інших груп населення з обмеженими можливостями пересування [30].

Сьогодні у світі сформувалися три моделі діяльності сімейного лікаря:

1) індивідуальна – працює один лікар, який є незалежним суб'єктом господарювання, який працює самостійно або зі своїм середнім медичним персоналом; є характерним формування власного доходу лікаря і його відповідальність за власними фінансовими зобов'язаннями; недолік – недостатність коштів для створення належної матеріально-технічної бази із сучасними медичними технологіями;

2) групова практика – працює група лікарів, наприклад, в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (ОПСМ), які мають замінювати один одного, внаслідок зменшується кількість чергувань і є більше шансів у лікарів йти у відпустку [10].

Групова практика сімейної медицини має більше переваг у порівнянні із індивідуальною практикою. Наприклад, збільшення можливостей діагностики та лікування; концентрації коштів на придбання нового обладнання; обмін досвідом, взаємні консультації. До економічних переваг можна віднести: спільна оплата оренди приміщення, можливість залучення до роботи допоміжного персоналу (соціального працівника, психолога, менеджера, бухгалтера, юриста); розподіл між лікарями адміністративних функцій. Групова практика може здійснюватися як на основі угоди з партнерами (у кожного лікаря свої пацієнти він самостійно веде фінансові справи), так і на правах однієї юридичної особи (один рахунок у банку, доходи розподіляються згідно зі Статутом практики, отже, зменшуються

фінансові ризики). Відповідальність за якість групової практики лежить на всьому колективі.

3) багатопрофільні центри здоров'я - надають як первинну, так і стаціонарну (хворим терапевтичного профілю) і стоматологічну допомогу. Кожен центр обслуговує щонайменше 10 тис. пацієнтів, має лабораторію, рентген кабінет, ліжковий фонд для екстрених випадків, власних спеціалістів-консультантів. Орієнтація їх діяльності - охорона материнства та дитинства, збереження здоров'я осіб похилого віку, планування сім'ї, санітарна освіта, спостереження за здоров'ям школярів та студентів. Лікарі загальної практики відвідують лише осіб похилого віку або хронічних хворих, які перебувають на домашньому стаціонарі, решта візитів вдома - це обов'язки медичних сестер.

Останні дві моделі діяльності сімейної медицини передбачають адміністративні методи управління, які являють собою сукупність методів управління владного (примусово-розпорядчого) характеру. В основі примусово-розпорядчих метод управління лежить право керуючої підсистеми (окремий керівник чи орган управління) приймати управлінські рішення для їх обов'язкового виконання керованою підсистемою (працівники медичного закладу) [10].

У зв'язку з цим в ринковій економіці виділяють дві головні моделі керівництва медичним закладом. В першій – керівник медичного закладу має економічну (або юридичну) освіту, а безпосередньо йому підпорядковується головний лікар (заступник керівника з медичних питань), який несе відповідальність за медичну сферу. Така практика є поширеною в США [3]. Недоліком даної моделі є те, що керівник закладу може зазнавати сильного впливу з боку медичного оточення. Розв'язання цієї проблеми є можливим завдяки впровадженню в адміністративне управління другої моделі керівництва медичним закладом - керівник медичного закладу має одночасно медичну і економічну (юридичну) освіту.

Для забезпечення управління в сфері охорони здоров'я формується і вдосконалюється відповідна законодавчо - правова база (додаток А).

Законодавчо-правова база управління сферою охорони здоров'я ґрунтується на положеннях Конституції України, а також міжнародні акти, які були ратифіковані Верховною Радою України [21].

Медичні заклади формують своєрідну галузь «суспільної» сфери, функціонування і мета діяльності суттєво відрізняються від комерційних підприємств. Це означає, що система управління медичним закладом є більш складною, оскільки передбачає управління, спрямоване, з одного боку, на забезпечення якісними медичними послугами населення території, яке обслуговує даний медичний заклад; з іншого боку – забезпечення економічно ефективного його функціонування [17].

Розуміння основних концепцій менеджменту, як і методів його застосування стало необхідністю для керівників та адміністраторів медичних закладів. Зниження часу госпіталізації, заходи зменшення вартості лікування, зменшення бюджетних асигнувань та інші питання вимагають активної їх участі в системі управління медичним закладом. Впровадження менеджменту в охорону здоров'я означає:

- нове розуміння ролі управління на всіх рівнях системи охорони здоров'я (досягнення організаційних цілей, адаптація до умов мінливого навколишнього середовища);
- питання практичного застосування теорії управління в системі охорони здоров'я (баланс між результативністю та ефективністю, ефективне використання обмежених ресурсів);
- нове розуміння принципів та завдань діяльності керівних працівників у системі охорони здоров'я (робота з людьми та робота серед людей).

Поряд з цим менеджмент у охороні здоров'я – це:

- системний підхід, щоб змінити стан охорони здоров'я на краще;
- можливість задовольнити та перевершити очікування пацієнта та населення.

Можна виділити специфічні особливості управлінської праці – розумову працю працівників апарату управління, що складається з трьох видів діяльності:

- організаційно-адміністративної та виховної (прийом та передача інформації, доведення рішень до виконавців, контроль за виконанням);
- аналітичної та конструктивної (сприйняття інформації та підготовка відповідних рішень);
- інформаційно-технічної (документаційні, навчальні, обчислювальні та формально-логічні операції).

Найважливішим ресурсом управління є люди, тому що будь-яка робота в організації може бути зроблена лише ними. Управління організацією охорони здоров'я полягає у вмінні організувати її діяльність при найбільш раціональному використанні наявних ресурсів, і насамперед, оптимально використовуючи кадровий потенціал. Практичне використання технологій управління стає повсякденною практикою: зміна організаційних та управлінських структур, ефективне здійснення процесу управління за допомогою реалізації механізмів управління.

Історично сформованою, загальноприйнятою для організацій охорони здоров'я є трирівнева структура управління. Кількість рівнів управління сімейною медициною в медичному закладі залежить від його типу та потужності. Стратегічний (вищий) рівень управління сімейною медициною представляють керівники відповідних медичних закладів. Традиційними в управлінні є тактичний (функціональний) рівень управління, що представляється головними сестрами та оперативний (лінійний) рівень управління, що включає старших медичних сестер структурних підрозділів закладу. Основою функціонування системи управління є принципом скалярності: зменшення обсягу делегованих повноважень та відповідальності пропорційно віддаленню від головного керівника. Щаблі управління характеризують послідовність підпорядкування одних ланок управління іншим. На кожному рівні вирішуються різні за значимістю в організацію, характеру, змісту завдання з досягненням стратегічних, тактичних і оперативних цілей організації. Рішення, що приймаються керівниками на кожному рівні управління в межах своїх повноважень, на основі

інформації, яка надходить у конкретній формі, доводяться до нижчестоящих рівнів управління або до безпосередніх виконавців [12].

Необхідність ухвалення рішень пронизує все, що робить керівник медичного закладу. Прийняття рішення в управлінні - систематизована дія, важкий моральний тягар, у якому ціна помилки висока, особливо у вищих рівнях управління. Процес прийняття рішень визначає дієвість управління, ефективність подолання виникаючих труднощів, розподілу ресурсів та досягнення організаційних цілей. Знання, досвід, вміння та навички з діагностики організаційних проблем, розроблення та прийняття управлінських рішень, їх реалізації та постановки питань контролю багато в чому визначають ефективність організації з досягнення цілей.

З метою підвищення ефективності управління у сфері охорони здоров'я, в тому числі і сімейної медицини, поступово відбувається її цифровізація завдяки впровадженню в медичну галузь новітніх інформаційних технологій. Робота електронних сервісів сприяє зменшенню навантаження на сімейних лікарів та бюрократії, на яку жаліється переважна частка пацієнтів, які змушені звертатись через свої хвороби до лікарів первинної ланки. Подолання бюрократії дозволить пацієнтам одержувати доступні та якісні медичні послуги. Крім того, управлінський персонал медичних закладів одержують ефективні дійові управлінські інструменти для формування політики закладу і приймання ефективних рішень її реалізації [37]. Це все є можливим завдяки впровадженню електронного документообігу у всіх сферах діяльності медичного закладу. Основними цілями медичних інформаційних систем в лікувальному закладі є підвищення ефективності управління його діяльністю; зниження витрат діяльності; створення єдиного інформаційного простору; підвищення дієвості контролю за документообігом як в медичній сфері, так і господарській; аналіз економічних показників діяльності; аналіз ефективності управлінських рішень [2]. Компоненти медичної інформаційної системи наведені в додатку Б.

Одним із основних напрямків підвищення ефективності управління сімейної медицини є вирішення проблеми ефективної мотивації праці медичного

персоналу. Прагнення до підвищення ефективності є одним із ключових завдань, які стоять перед керівниками та розробниками політики у сфері сімейної медицини, та для цього, безумовно, є всі підстави. Неефективне використання ресурсів у сфері сімейної медицини викликає серйозне занепокоєння з таких причин:

- стан здоров'я пацієнтів, які отримали лікування, не покращиться, оскільки їм не було надано найкращу можливу первинну медичну допомогу, яка була доступна у межах наявних ресурсів системи охорони здоров'я;
- внаслідок витрачання додаткових ресурсів на неефективне лікування одних пацієнтів інші можуть втратити медичну допомогу, яка була б їм надана належним чином за умови ефективнішого використання ресурсів;
- неефективне використання ресурсів у секторі сімейної медицини в цілому може призвести до втрати можливостей споживання товарів чи послуг в інших галузях економіки, наприклад, в інших сферах охорони здоров'я чи харчування;
- недоцільне витрачання ресурсів або неефективне надання медичної допомоги можуть негативно вплинути на готовність суспільства брати участь у фінансуванні послуг охорони здоров'я, тим самим підриваючи соціальну солідарність, роботу системи охорони здоров'я та соціальний захист.

Фінансування витрат первинної медичної допомоги здійснюється з Державного бюджету за рахунок оплати гарантованого пакету медичних послуг НЗСУ на підставі капітаційної ставки - нормативу на одну особу, яка уклала угоду із сімейним лікарем. Така модель фінансування передбачає періодичні виплати фіксованих сум на одну особу для надання первинної медичної допомоги згідно із гарантованим переліком [13].

Таким чином, практика сімейної медицини передбачає систему адміністративного управління, яка включає: стратегічне планування; формування бюджету; координацію роботи закладу (для груп та центрів сімейної медицини); аналіз економічної ефективності; організацію роботи та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів (для груп та центрів сімейної медицини); забезпечення залучення коштів на інвестиційні потреби тощо [26].

Система управління закладом сімейної медицини підпорядкована загальним закономірностям і включає у свою структуру такі основні елементи: визначення цілей та завдань; підсистему збору та обробки інформації; етапи підготовки, обґрунтування та прийняття рішень; підсистеми реалізації рішень оперативного коригування, контролю за виконанням прийнятих рішень, оцінки ефективності функціонування системи.

Дуже важливим елементом управління є механізми сприйняття і переробки інформації як керівником, так і його підлеглими. Саме когнитивна (пізггнавальна) психологія дає відповіді на такі питання, як «Чому прийняття управлінських рішень і поведінка працівників далеко не завжди є раціональним процесом?» та «Чому керівники, лікарі та інший персонал насамперед сприймають та освоюють інформацію, яка підтверджує їх власні установки, та ігнорують факти, які їм протирічать?». Щоб спробувати зрозуміти процес прийняття управлінського рішень керівником, розробити відповідні рекомендації з його удосконалення, необхідно зрозуміти власне когнитивні механізми розумового процесу, а не тільки умови його здійснення.

Прийняття рішень та поведінка людини визначається ситуаційними факторами (навколишнім середовищем) та внутрішніми факторами (установчою системою). Дія установок посилюється, якщо вони суб'єктивно значущі для індивіда, чітко сформульовані, мають потужну когнітивну основу, емоційно забарвлені. Дія зовнішніх (ситуаційних) факторів сильніша у разі відсутності чітких та ясних установок або у процесі їх формування. Таким чином, поведінка керівників, у т.ч. прийняття ними рішень визначається не тільки впливом навколишнього середовища, а й особливостями сприйняття та інтерпретації ситуації на основі наявних установок. Сприйняття та інтерпретація інформації багато в чому залежить від наявних у керівників уявлень, відчуттів, життєвого досвіду, рівня поінформованості, системи цінностей, психологічних особливостей тощо.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ КП «ЛАДИЖИНСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1 Загальна характеристика КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Комунальне підприємство «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі Ладизинський ЦПМСД) відноситься до первинної ланки медичної допомоги у сфері охорони здоров'я. Ладизинський ЦПМСД є комунальним закладом. Його засновником є Ладизинська міська рада Вінницької області Гайсинського району. Заклад був створений у 2017 році за рішенням № 482 15 сесії 7 скликання У 2018 році він одержав ліцензію на господарську діяльність з медичної практики за № 520 [10].

Ладизинський ЦПМСД як медичний заклад, що надає первинну медико-санітарну допомогу, обслуговує станом на 2022 рік 23843 осіб міста Ладизин, села Лукашівка, селища Губник та хутора Ружицьких, що уклали угоди із сімейними лікарями Центра сімейної медицини Ладизинської міської ради, в тому числі 19590 дорослого населення та 4253 дітей.

Метою діяльності Ладизинського ЦПМСД є «забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя» [11].

Під час організації та надання медичних послуг населенню з сімейної медицини керівний склад та медичний персонал Ладизинського міського центру

первинної медико-санітарної допомоги керується принципами, наведеними в табл. 2.1

Таблиця 2.1 – Принципи надання первинної медичної допомоги КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Принцип	Характеристика
доступність	право вибору сімейного лікаря; мінімальна втрата часу для отримання послуги; надання гарантованого державою обсягу медичної допомоги;
безпечність	використання способів надання медичної допомоги з мінімізацією ризиків завдання шкоди пацієнтові; запобігання завдання шкоди пацієнтові; зменшення можливості медичних помилок
результативність	досягнення ефективних результатів надання медичної допомоги на основі доказової медицини і наукових досягнень сучасної медицини
економічна ефективність	максимальне використання ресурсів з мінімальними витратами; уникнення неефективних витрат
орієнтація на пацієнта	врахування індивідуальних потреб пацієнтів, їх фізіологічних і психологічних особливостей
недискримінація	послуги надаються незалежно від статі, раси, соціального статусу, майнового стану, мовних та інших ознак
своєчасність	проведення попередження захворювань, їх діагностики, профілактики

Джерело: побудовано на основі [11]

Основними функціями і завданнями Ладизинського ЦПМСД є:

- забезпечення первинної медичної допомоги фінансовими, матеріально-технічними та кадровими ресурсами;
- закупівля лікарських засобів, медичного обладнання та інвентарю, медичних виробів та інших засобів, без яких неможливе функціонування Ладизинського ЦПМСД та його амбулаторії;
- утримання будівель, споруд і технічних засобів Ладизинського ЦПМСД та його амбулаторії у належному стані, придатному для надання в повному обсязі первинної медичної допомоги;
- належна експлуатація та функціонування медичного обладнання в Ладизинському ЦПМСД та його амбулаторії;
- строгий контроль за використанням матеріально-технічних та фінансових ресурсів;

- обов'язковий облік матеріальних цінностей, в тому числі інвентарю та обладнання медичного призначення;
- планування ремонтних та будівельних робіт, оснащення обладнанням та інвентарем медичного призначення (рис. 2.1).

Основні завдання	• Організація надання прикріпленому населенню первинної медичної допомоги • Організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу • Організація надання невідкладної медичної допомоги • Проведення організаційно-методичної роботи • Здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинної медичної допомоги • Забезпечення взаємодії між підрозділами первинної медичної допомоги
Функції	• Надання населенню первинної медичної допомоги • Реалізацію права громадян вільно вибирати лікаря, що надає первинної медичної допомоги • Наступність та послідовність обстеження та реабілітації пацієнтів • Скерування пацієнта для отримання допомоги на наступних рівнях медичної допомоги • Здійснення диспансеризації населення • Надання паліативної допомоги • Проведення санітарно-просвітницької роботи • Раннє виявлення неінфекційних та соціально-небезпечних захворювань • Проведення разом з державною сан-епідеміологічною службою профілактики інфекційних захворювань • Проведення експертизи працездатності • Виписку рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп населення
Структура	• Адміністративна частина (управління) • Господарська частина • Лікувально-профілактична частина

Рисунок 2.1 – Завдання і функції Ладижинського ЦПМСД

Джерело: побудовано на основі матеріалів Ладижинського ЦПМСД

На підставі рис. 2.1 можна виділити основні медичні послуги, які надає Ладижинський ЦПМСД своїм пацієнтам:

- 1) первинна медико-санітарна допомога;
- 2) профілактичні лікування;
- 3) супровід диспансерних хворих;

- 4) супровід новонароджених;
- 5) фельдшерсько-акушерська допомога, медичні огляди;
- 6) медичні огляди людей похилого віку;
- 7) є аптечним пунктом на території громади.

У структурі Ладизинського ЦПМСД є амбулаторія, завдання, функції і структурні підрозділи якої наведені на рис. 2.2.

Основні функції	• Забезпечення проведення комплексу профілактичних заходів з попередження захворюваності, інвалідності і смертності • Надання прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню безоплатну первинну медичну допомогу, в тому числі і невідкладну в умовах амбулаторії, денного стаціонару та вдома • Здійснення диспансеризації окремих категорій населення та моніторинг за станом здоров'я		
Основні завдання	• Раннє виявлення неінфекційних захворювань, та соціально-небезпечних захворювань, своєчасне амбулаторне обстеження, лікування, направлення при необхідності на консультацію чи госпіталізацію на вищий рівень, складання медичного маршруту пацієнта, видача направлення • Надання невідкладної допомоги та забезпечення транспортування хворого в заклади охорони здоров'я для надання вторинної (спеціалізованої), або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, забезпечення наступності в закладах вторинної (спеціалізованої), або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги • Проведення експертизи втрати працездатності та видача документів при тимчасовій непрацездатності і направлення осіб з ознаками стійкої непрацездатності до МСЕК • Проведення профілактичних щеплень • Проведення санітарно-протиепідемічних заходів на прикріпленій території • Проведення санітарно-просвітницької роботи та роботу по формуванню здорового способу життя • Здійснення диспансеризації населення • Надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань		
Структура	• Реєстратура • Кабінети прийому лікарів • Стоматологічний кабінет • Оглядовий кабінет	• Маніпуляційний кабінет • Процедурна • Лабораторія для експрес-діагностики • Стерилізаційна	• Кабінет щеплення • Фітотерапевтичний кабінет • Палати денного стаціонару • Допоміжне приміщення
Оснащення	Відповідно до затверджених нормативів у встановленому порядку		

Рисунок 2.2 – Завдання і функції Ладизинського ЦПМСД

Джерело: побудовано на основі матеріалів Ладизинського ЦПМСД

На підставі рис. 2.2 можна виділити основні медичні послуги, які надає амбулаторія Ладижинського ЦПМСД своїм пацієнтам:

- денний стаціонар;
- стоматологічна допомога;
- лабораторні аналізи.

Як і інші лікувально-профілактичні установи Ладижинський Центр первинної медико-санітарної допомоги, крім обов'язків, має також і права, зокрема, він має право самостійно:

- планувати свою діяльність відповідно до державних замовлень та програм;
- організовувати свою діяльність, пов'язану із забезпеченням виконання договору про медичне обслуговування населення;
- розподіляти фінансові та майнові ресурси між своїми підрозділами;
- укладати договори, угоди, виступати позивачем та відповідачем у суді.

Крім цього, Ладижинський ЦПМСД за погодженням із Ладижинською міською радою має право:

- укладати договори надання медичної допомоги населенню в рамках бюджетної програми та відповідно до чинного законодавства з лікарями загальної практики – сімейними лікарями, які здійснюють медичну практику як фізичні особи-підприємці;
- укладати договори з іншими комунальними та державними установами охорони здоров'я щодо проведення діагностичних досліджень, що входять до компетенції первинної медико-санітарної допомоги населенню;
- здійснювати іншу, крім надання медичної допомоги, господарську діяльність, яка не заборонена законодавством.

У своїй роботі Ладижинського ЦПМСД керується головним законом – це Конституцією України, а також законами України, наведеними в додатку А, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, Положення про Ладижинський ЦПМСД та іншими відповідними актами.

Для здійснення медичної та господарської діяльності Ладижинського ЦПМСД має виробничі засоби, динаміка яких наведена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Динаміка активів Ладижинського ЦПМСД за період 2020-2022 роки, тис. грн.

Активи	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення 2022 р. від 2020 р.	
				абсолютні	відносні, %
Необоротні активи					
Всього, в т.ч.	2348,2	3219,5	3493,4	1145,2	48,8
Нематеріальні активи	177,0	235,0	235,0	58,0	32,8
Незавершені капітальні інвестиції	-	-	426,2	426,2	-
Основні засоби	2171,2	2984,5	2832,2	661,0	30,4
Оборотні активи					
Всього, в т.ч.	3665,0	4282,7	4628,4	963,4	26,3
Запаси	1034,3	1562,9	1761,5	727,2	70,3
Інша поточна дебіторська заборгованість	0,6	0,6	2,5	1,9	в 4 рази
Поточні фінансові інвестиції	500	500	300	-200	-40,0
Гроші та їх еквіваленти	2074,4	2170,4	2521,7	447,3	21,6
Витрати майбутніх періодів	55,7	48,8	42,7	-13,0	-23,3
Разом активи	6013,2	7502,2	8121,8	2108,6	35,1

Джерело: побудовано на основі ф.1 фінансової звітності Ладижинського ЦПМСД

На підставі наведених, наведених в табл. 2.2, можна зробити висновок про позитивну тенденцію динаміки активів Ладижинського ЦПМСД за період 2020-2022 роки. Активи центру зросли на 2108,6 тис. грн. або на 35,1%. Зростання активів відбулось завдяки росту необоротних активів на суму 1145, 2 тис. грн. або на 30,4% і оборотних активів – на суму 963,4 тис. грн. або на 30,4%.

У складі необоротних активів зростання відбулось за їх складовими: основні засоби – на 30,4% і нематеріальні активи – на 32,8%. У складі необоротних активів відбулось зростання запасів на 70.3%, суми грошових коштів та їх еквівалентів – на 21,6% та іншої поточної дебіторської заборгованості – в 4 рази. Зростання дебіторської заборгованості є негативним моментом в господарській діяльності центру. На 40% відбулось зменшення поточних фінансових інвестицій та на 23,3% - величини витрат майбутніх періодів.

Про ефективність використання активів Ладижинського ЦПСМД свідчать показники, наведені в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Ефективність використання активів Ладижинського ЦПСМД у динаміці 2020-2022 років

Показники	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Абсолютні відхилення 2022 р. від 2020 р.
Коефіцієнт зносу	58,9	54,5	58,8	-0,1
Коефіцієнт фондоддачі	6,1	5,8	5,9	-0,2
Коефіцієнт фондоозброєності	33,3	39,7	44,7	11,4
Рентабельність необоротних активів,%	46,5	11,4	7,9	-38,6
Коефіцієнт оборотності оборотних активів	4,0	5,3	3,9	-0,1
Коефіцієнт оборотності запасів	13,7	15,6	10,6	-3,1
Коефіцієнт оборотності грошових коштів	6,6	7,0	7,3	0,7
Тривалість обороту оборотних активів, дні	90	68	92	2
Тривалість обороту запасів, дні	26	23	34	8
Тривалість обороту грошових коштів, дні	55	52	49	-6
Рентабельність оборотних активів,%	32,9	13,2	6,2	-26,7

Джерело: розраховано на основі ф.1, ф.2 фінансової звітності Ладижинського ЦПСМД

На підставі наведених, наведених в табл. 2.3, можна зробити висновок про зниження ефективності використання активів Ладижинського ЦПСМД протягом 2020-2022 років. Про це свідчить про зменшення показників рентабельності необоротних активів на 38,6% та рентабельності оборотних активів – на 26,7%. Незмінність коефіцієнту зносу основних засобів на рівні майже 60% свідчить про відсутність їх оновлення протягом досліджуваного періоду. Зменшення коефіцієнту оборотності оборотних активів на 0,1, відповідно, зростання тривалості їх обороту на 2 дні свідчить, що Ладижинському ЦПСМД необхідно залучати більше фінансових ресурсів для забезпечення їх оборотних активів.

Динаміка показників джерел фінансування діяльності Ладижинському ЦПСМД (пасиви балансу медичного центру) протягом 2020- 2022 років представлена в табл. 2.4.

На підставі наведених, наведених в табл. 2.4, можна зробити висновок про позитивну тенденцію динаміки пасивів Ладижинського ЦПСМД за період 2020-

2022 роки. Пасиви центру зросли на 2108,6 тис. грн. або на 35,1%. Зростання пасивів відбулось завдяки росту власного капіталу на суму 898,4 тис. грн. або на 16%, довгострокових зобов'язань - на суму 1126,5 тис. грн. або на 7,9 разів та поточних зобов'язань – на суму 0,6 тис. грн. Господарська діяльність центру фінансується в основному за рахунок власного капіталу.

Таблиця 2.4 – Динаміка пасивів Ладижинського ЦПСМД за період 2020-2022 роки, тис. грн.

Пасиви	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення 2022 р. від 2020 р.	
				абсолютні	відносні, %
Власний капітал					
Всього, в т.ч.	5613,1	6462,5	6511,5	898,4	16,0
Додатковий капітал	1392,5	1875,4	1649,7	257,2	18,5
Нерозподілений прибуток	4220,6	4587,1	4861,8	641,2	15,2
Довгострокові зобов'язання і забезпечення					
Всього,	162,2	724,0	1288,7	1126,5	в 7,9 раз
Поточні зобов'язання					
Всього, в т.ч.	237,9	315,7	321,6	83,7	в 4 рази
Доходи майбутніх періодів	237,9	314,4	321,0	83,1	34,9
Інші поточні зобов'язання	-	1,3	0,6	0,6	-
Разом пасиви	6013,2	7502,2	8121,8	2108,6	35,1

Джерело: побудовано на основі ф.1 фінансової звітності Ладижинського ЦПСМД

У складі власного капіталу відбулося зростання його двох складових: додаткового капіталу – на 257.2 тис. грн. або 18,5% та нерозподіленого прибутку – на суму 641.2 тис. грн. або на 15,2%. У складі поточних зобов'язань переважають доходи майбутніх періодів. Сума яких зросла за досліджуваний період на 83.1 тис. грн. або на 34,9%.

Ладижинський ЦПСМД є некомерційним підприємством, фінансування якого переважно здійснюється за рахунок бюджетних асигнувань бюджету Ладижинської міської ради, а також виплат НЗСУ за договорами про медичне обслуговування [28]. Чинним законодавством медичному центру не забороняється надавати певні платні медичні послуги юридичним та фізичним особам, а також благодійним внескам завдяки яким формуються його доходи та чистий прибуток. Оскільки Ладижинський ЦПСМД як суб'єкт малого бізнесу

знаходиться на спрощеній системі оподаткування, що звільняє його від сплати податку на прибуток. Аналіз показників формування фінансових результатів діяльності Ладижинського ЦПСМД у динаміці за період 2020-2022 роки представлений в табл. 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка показників формування фінансових результатів діяльності Ладижинського ЦПСМД за період 2020-2022 роки, тис. грн.

Пасиви	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення 2022 р. від 2020 р.	
				абсолютні	відносні, %
Чистий дохід від надання послуг	13191,9	14887,7	17194,4	4002,5	30,3
Інші операційні доходи	1033,6	9137,8	5136,3	4102,7	в 5 разів
Інші доходи	386,5	309,1	312,6	-73,9	-19,1
Усього доходів	14612,0	24334,6	22643,3	8031,3	55,0
Собівартість	10705,0	20292,2	17676,8	257,2	18,5
Інші операційні витрати	2810,6	3675,8	4691,8	1881,2	66,9
Інші витрати	4,2	0	0	-4,2	0
Усього витрати	13520,3	23968,0	22368,6	8848,3	65,4
Фінансовий результат до оподаткування	1091,7	366,6	274,7	-817,0	-74,8
Чистий податок	1091,7	366,6	274,7	-817,0	-74,8

Джерело: побудовано на основі ф.2 фінансової звітності Ладижинського ЦПСМД

На підставі даних, наведених в табл. 2.5, можна зробити наступні висновки. Доходи за досліджуваний період 2020-2022 роки зросли на 8031,3 тис. грн. або на 55%. Витрати також мають тенденцію росту на 8848,3 тис. грн. або 65,4%. Внаслідок того, що темпи росту витрат перевищують темпи росту доходів медичного центру величина чистого прибутку має тенденцію зменшення на 817 тис. грн. або на 74.8%.

Для того, щоб з'ясувати можливості фінансового забезпечення Ладижинського ЦПСМД, доцільним є проаналізувати показники його фінансового стану, зокрема, показники фінансової стійкості, ліквідності, рентабельності (табл. 2.6).

Аналіз показників ліквідності Ладижинського ЦПСМД за період 2020-2022 роки показує високі значення показників ліквідності за всіма коефіцієнтами, що її характеризують, які суттєво перевищують нормативні значення. Це свідчить про

здатність Ладижинського ЦПСМД безперешкодно погашати свої поточні зобов'язання. Спостерігається несуттєве зменшення коефіцієнтів ліквідності у 2022 році, але всі вони відображають надмірну ліквідність, тобто «наявність значних вільних коштів поза обігом і втрату можливих прибутків та резервів для розвитку» [28].

Таблиця 2.6 – Динаміка показників фінансового стану Ладижинського ЦПСМД у динаміці 2020-2022 років

Показники	Нормативне значення	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Абсолютні відхилення 2022 р. від 2020 р.
Показники ліквідності					
Коефіцієнт покриття (загальна ліквідність)	≥ 1	15,4	13,6	14,4	-1
Коефіцієнт швидкої ліквідності	0,6-0,8	11,1	8,6	8,9	-2,2
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	$\geq 0,2$	10,8	8,5	8,8	-2,0
Показники фінансової стійкості					
Коефіцієнт автономії	$> 0,5$	0,9	0,9	0,8	-0,1
Коефіцієнт маневреності власного капіталу	> 0	0,6	0,6	0,7	0,1
Коефіцієнт довгострокового залучення коштів	0,4-0,5	0,03	0,1	0,2	0,17
Коефіцієнт фінансової незалежності	0,6 – 0,5	33,3	10,0	5,0	-28,3
Показники рентабельності, %					
Рентабельність активів	> 0	18,2	4,9	3,4	-14,8
Рентабельність власного капіталу	> 0	19,4	5,7	4,2	-15,2
Рентабельність діяльності	> 0	8,3	2,5	1,6	-6,7
Рентабельність надання послуг	> 0	10,2	1,8	1,6	-8,6

Джерело: розраховано на основі ф.1, ф.2 фінансової звітності Ладижинського ЦПСМД

Рівень стабільності функціонування Ладижинського ЦПСМД залежить від дієвих інструментів управління його стійкого розвитку. Дієвість та ефективність застосування цих інструментів можна визначити за допомогою показників фінансової стійкості, які відображають можливість адаптації медичного закладу до внутрішніх та зовнішніх викликів, які супроводжують медичну реформу. Аналіз коефіцієнтів фінансової стійкості, наведених в табл. 2.6 свідчить про

стабільне фінансове становище медичного закладу. Це підтверджують високі значення коефіцієнту фінансової незалежності від довгострокових залучених джерел, високий показник автономії (80% у 2022 році), низькі значення коефіцієнту довгострокового залучення коштів протягом 2020-2022 років.

Про погіршення ефективності фінансової та господарської діяльності Ладижинського ЦПСМД за 2020-2022 роки свідчить динаміка значень коефіцієнтів рентабельності, які свідчать про здатність медичного закладу формувати позитивний кінцевий фінансовий результат та ефективності використання його активів та власного капіталу. За всіма коефіцієнтами рентабельності спостерігається їх позитивні значення, які мають тенденцію зменшення. На ці обставини керівництву медичного закладу треба звернути увагу.

2.2 Аналіз системи адміністративного управління надання медичних послуг КП «Ладижинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Згідно із Статутом КП «Ладижинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» адміністративне управління центром здійснює його директор, який призначається та звільняється з посади рішенням Ладижинської міської ради (засновником і власником медичного центру). Директор здійснює поточне управління медичним центром і частково делегує свої повноваження, пов'язані із фінансово-господарською діяльністю, своєму заступнику.

До повноважень директора КП «Ладижинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» належать:

- управління господарською та фінансовою діяльністю медичного центру та відповідальність за результатами його роботи;
- забезпечення виконання фінансових зобов'язань перед Ладижинською міською радою з питань цільового використання коштів місцевого бюджету, постачальниками оборотних та основних засобів та іншими кредиторами;

- контроль за своєчасним та повним виконанням трудових і господарських договорів;
- забезпечення взаємодії структурних підрозділів медичного центру;
- забезпечення найму медичного та іншого персоналу;
- моніторинг якості надання медичних послуг;
- представник відносин із державними органами та медіа.

Позитивним в адміністративному управлінні Ладижинського ЦПМСД є та обставина, що директор, який очолює адміністрацію медичного центру, одночасно є лікарем загальної практики (сімейним лікарем), який частково делегує свої повноваження заступнику директора, який також виконує функції лікаря загальної практики (сімейного лікаря) та головній медичній сестрі. Кожний працівник проінформований про порядок підзвітності і взаємовідносинах в середині медичного закладу. Поінформованість персоналу про організаційну структуру полегшує процес прийняття рішення, спілкування і загальну координацію роботи персоналу. Тому для підвищення ефективності адміністративного управління є корисним для кожного закладу розробляти схему організаційної структури, яка показує місце і зону відповідальності кожного працівника, і узгодити цю схему із персоналом.

З метою підвищення ефективності адміністративного управління особливого значення набувають питання аналізу управління медичним закладом. Відповідальність керівника за результати своєї діяльності та спрямованість на постійне підвищення ефективності господарювання змушує керівництво Ладижинського ЦПМСД обирати найбільш економічні та результативні структури, гнучкі процеси та методи управління.

Мета аналізу управління Ладижинським ЦПМСД - отримання достовірної інформації про стан його управління для підвищення ефективності прийняття управлінських рішень. Для реалізації поставленої мети керівник вирішує низку завдань:

- оцінювання стану та ефективності діючої системи управління та її елементів;

- встановлення відповідності системи специфіці завдань та особливостям управління в медичній сфері;
- дослідження проблемних зон та причин відхилень від запланованих показників у системі управління;
- з'ясування причини, що зумовлюють невідповідність та виявлення резервів підвищення ефективності;
- проведення діагностики перспектив розвитку системи управління та її окремих елементів, а також можливостей адаптації до прогнозованих змін оточення;
- розробка заходів задля підвищення ефективності функціонування системи управління.

Відповідно, об'єктами аналізу є:

- планування діяльності Ладижинського ЦПМСД, а саме: визначення відповідності планів та програм - стратегії, цілям та його місії; аналіз доцільності складання планів та програм з точки зору їх окупності;
- організація діяльності Ладижинського ЦПМСД: оцінка норм управління, тобто такої кількості осіб, якими може ефективно управляти керівник; аналіз встановлених взаємовідносин повноважень та відповідальності; оцінка організаційної структури центру;
- мотивація персоналу Ладижинського ЦПМСД: оцінка мотивів, що спонукають працівників до активної діяльності, та результатів їх застосування; аналіз чинників, які впливають діяльність персоналу;
- організація контролю в Ладижинському ЦПМСД як виду управлінської діяльності, завданням якого є виявлення фактичного стану справ, зіставлення з необхідними та вироблення необхідних коригувальних заходів.

Робота з персоналом – це безперервний цикл набуття нових навичок та методів ефективного управління людськими ресурсами. Одним з основних напрямків управлінської діяльності є наділення співробітників різними повноваженнями. Для цього, по-перше, повідомляється про бажаний результат

дій, тобто чітко пояснюється мета та результат завдання; на яких результатах треба зосередити свою увагу і, що саме потрібно зробити.

По-друге, розробляється порядок дій, тобто визначає параметри, відповідно до яких має діяти працівник. Іншими словами, вказує, що не можна робити. Таким чином, визначаються межі відповідальності за отримані результати роботи.

В-третьх, визначаються ресурси, тобто необхідні матеріальні, технічні або людські ресурси, якими зможе скористатися працівник для досягнення бажаного результату.

В четвертих, забезпечується оцінка якості роботи, тобто розроблені критерії оцінки якості результатів діяльності. Також пояснюються наслідки оцінки якості, тобто пояснюється, що станеться в результаті поганої чи хорошої оцінки, наприклад, матеріальне чи усне заохочення, надання різноманітних завдань тощо.

Медичні кадри і, насамперед, лікарі є самою важливою і найбільш цінною частиною внутрішніх медичних ресурсів закладу, оскільки саме вони забезпечують результативність його діяльності. Однак це можливо лише в умовах обґрунтованої системи управління персоналом медичної установи. Система управління персоналом Ладижинського ЦПМСД характеризується дотриманням нормативно-правових аспектів, націленістю на заповнення вільних штатних одиниць, своєчасне оновлення персоналу та підтримання високої кваліфікації співробітників.

Обсяг медичних послуг, який Ладижинський ЦПМСД надає населенню громади безпосередньо залежить від кількості медичного персоналу центру. Динаміка середньооблікового персоналу Ладижинського ЦПМСД наведена в табл. 2.7.

Як видно з табл. 2.7 суттєвих змін у кадрах центру не відбувалось. На 6 осіб відбулось збільшення середньооблікового списку. Це приблизно складає 9,2% приросту. В цілому приріст відбувався за такими категоріями персоналу, як адміністративно-управлінський та інший – на 5 осіб; амбулаторії загальної практики сімейної медицини відбулось скорочення персоналу на 7 осіб; персоналу фельдшерських пунктів – на 5 осіб.

Персонал центру поділений на працівників охорони здоров'я (в т.ч. лікарі терапевти, лікарі педіатри, медичні сестри, персонал з догляду та інші), неклінічних працівників охорони здоров'я (які відповідно до законодавства не є працівниками охорони здоров'я, але безпосередньо пов'язані з наданням послуг охорони здоров'я) та персонал опорних структур. Більшість медичного персоналу має вищу професійну освіту, різні кваліфікаційні категорії, а також сертифікат спеціаліста.

Таблиця 2.7 - Динаміка середньооблікового персоналу Ладизинського ЦПМСД за період 2020-2022 роки, осіб

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення 2022 р. від 2020 р., +/-
Середня кількість працівників, в т.ч.	65	65	71	6
керівник	1	2	2	1
керівний склад	3	3	3	0
адміністративно-управлінський та інший персонал	9	13	16	5
персонал амбулаторії загальної практики сімейної медицини	50	41	43	-7
персонал фельдшерських пунктів	2	6	7	5

Джерело: інформація до фінансових планів медичного закладу

У кадровій політиці керівництво центру зробило ставку на лікарів майстер-класу, які проходили післядипломну освіту і постійно вдосконалюють себе як фахівці. Практично всі лікарі працюють із дня утворення центру. Підбір кадрів здійснювався не тільки за професійною придатністю, а ще й за людськими критеріями, які просто необхідні для даної професії сімейного лікаря. Медичні працівники закладу постійно займаються саморозвитком, знайомляться із новими методами та технологіями, необхідними для їх роботи, вивчають цифрові технології, в тому числі із медичними інформаційними системами. З метою визначення ефективності електронного документообігу в медичному закладі було проведено опитування персоналу сімейного центру на основі анкетування, картка якого наведена в додатку В.

На підставі результатів анкетування, наведених в додатку Д, можна зробити висновок про позитивне відношення всього персоналу медичного закладу до електронного документообігу у всіх сферах діяльності закладу.

В управлінні персоналом керівництву закладу необхідно приділяти увагу до мотивації їх роботи в медичному закладі. В основному, суть мотивації роботи в медичному центрі у більшості працівників охорони здоров'я зводиться до усвідомлення ними соціальної значущості їхньої праці. Водночас бажання мати гарантовану заробітну плату, що забезпечує гідний рівень життя, не завжди підкріплюється прагненням до високої ефективності та якості виконуваної ними праці. Політика оплати праці є складовою управління, оскільки від неї залежить ефективність роботи закладу. (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 - Динаміка фонду заробітної плати середньооблікового персоналу Ладижинського ЦПМСД за період 2020-2022 роки, тис. грн.

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відносні відхилення 2022 р. від 2020 р., %
Фонд оплати праці, в т.ч.	8050,9	9718,9	12712,4	57,9
керівник	287,1	586,4	718,2	2,5 рази
керівний склад	498,8	667,0	854,0	71,2
адміністративно-управлінський та інший персонал	936,7	1509,1	1930,0	2,0 рази
персонал амбулаторії загальної практики сімейної медицини	6138,7	6155,8	8013,7	30,5
персонал фельдшерських пунктів	189,6	800,3	1196,3	6,3 рази

Джерело: інформація до фінансових планів медичного закладу

З табл. 2.8 видно, що фонд заробітної плати в цілому зріс на 57,9%. Зростання відбулось як в результаті збільшення середньооблікової кількості персоналу центру сімейної медицини, так і в результаті зміни посадових окладів, додаткових доплат, преміальних та інших доплат медичному персоналу, які встановлені в центрі як мотиваційний фактор підвищення ефективності діяльності Ладижинського ЦПМСД через збільшення. Динаміка середньомісячних витрат на одного працівника центру за період 2020 – 2022 роки представлений в табл. 2.9.

Із табл. 2.9 можна зробити висновки, що середньомісячні витрати на оплату праці на одного працівника зросли на 46,3%. Таке збільшення відбулось внаслідок

росту середньомісячних витрат на оплату праці керівника зріс на 25,1%, керівного складу – на 71,2%, адміністративно-управлінського та іншого персоналу – на 16,%, персоналу амбулаторії загальної практики сімейної медицини – на 53,8% і найбільше зросли витрати на оплату праці персоналу фельдшерських пунктів – на 80,3%.

Таблиця 2.9 - Динаміка середньомісячних витрат на одного працівника середньооблікового персоналу Ладизинського ЦПМСД за 2020-2022 роки, грн.

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відносні відхилення 2022 р. від 2020 р., %
Середньомісячні витрати на оплату праці на одного працівника, в т.ч.	12394	14640	18130	46,3
керівник	29192	26600	36508	25,1
керівний склад	16903	26031	28942	71,2
адміністративно-управлінський та інший персонал	10495	8708	12264	16,9
персонал амбулаторії загальної практики сімейної медицини	12240	15556	18826	53,8
персонал фельдшерських пунктів	9638	11551	17377	80,3

Джерело: інформація до фінансових планів медичного закладу

Витрати на оплату праці персоналу Ладизинського ЦПМСД здійснюється частково за рахунок асигнувань із місцевого бюджету Ладизинської міської ради. У структурі бюджетних видатків у 2022 році вони складають 48,4%, в т. ч. заробітна плата 39,8% і нарахування на зарплату – 8,6% (рис. 2.3).

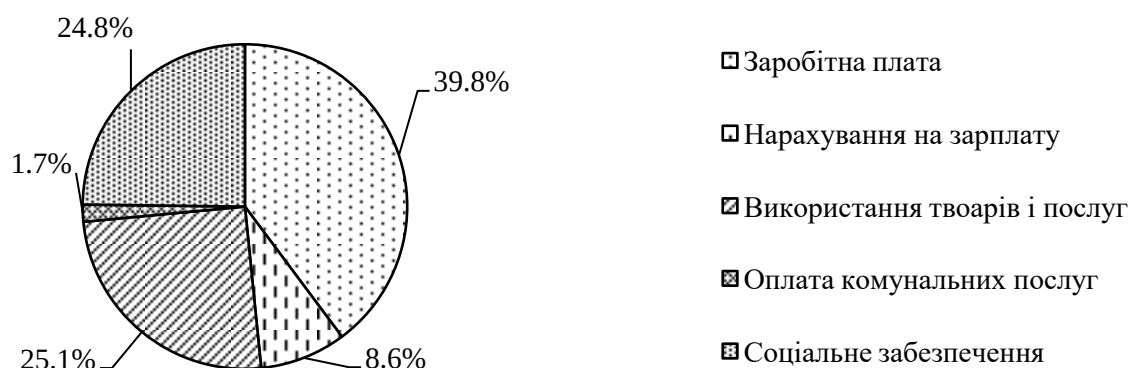


Рисунок 2.3 – Структура використання бюджетних коштів Ладизинського ЦПМСД у 2022 році

Джерело: зведений план використання бюджетних коштів 2022 рік

Проведений аналіз виявив кілька проблем системи управління персоналом в Ладжинському ЦПМСД: в центрі відсутня система пошуку відбору та найму персоналу; відсутнє кадрове планування; не налагоджений процес передачі інформації усередині медичного закладу.

Необхідно відмітити системність управління якістю в Ладжинському ЦПМСД, тобто всі підрозділи центру задіяні в цьому процесі. Управління якістю відбувається з використанням певної документації внутрішнього характеру. кожному рівні ієрархії управління (трьох рівнях). У документах стратегічного характеру (наприклад, статут, накази тощо) регламентується політика Ладжинського ЦПМСД, визначаються основні цілі в галузі надання якісних послуг сімейної медицини. Функціональні документи (другий рівень) передбачають вимоги дотримання впроваджених стандартів медичного центру, яких обов'язково повинні дотримуватись в процесі надання медичних послуг. Індивідуальні документи (третій рівень) безпосередньо мають опис порядку проведення діагностичних та медичних процедур для конкретних їх виконавців.

У процесі управління якістю медичних послуг відповідальність по її забезпеченню якості несе заступник директора з медичної справи, на рівні структурних підрозділів - на завідувача амбулаторії, за якість роботи молодшого медичного персоналу несе старша медична сестра.

Забезпечення високого рівня якості медичної допомоги є головною метою, для досягнення якої спрямовується вся управлінська діяльність. Тому для управління якістю медичної допомоги Ладжинський ЦПМСД здійснює, насамперед, навчання свого медичного персоналу в області управління якістю надання медичної допомоги. Адже управлінська діяльність стосується не лише директора центру, а й усього іншого персоналу. Навчання здійснюється відповідно до певних функцій, виконання яких вимагає від лікарів та директора центру спеціальних знань та навичок. Наприклад, засвоєння теоретичних знань та методичних навиків з управління якістю надання медичної допомоги, володіння методами статистичного управління якістю процесів, правильного документування управлінських рішень; володіння методикою планування та

прогнозування ефективності заходів покращення управління якістю надання медичної допомоги тощо.

2.3 SWOT аналіз надання послуг сімейної медицини КП «Ладжинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Одним із ефективних інструментів стратегічного управління, який дозволяє зробити аналіз внутрішніх і зовнішніх факторів Ладжинського ЦПМСД, оцінити ризики і конкурентоспроможність медичних послуг. Ладжинський ЦПМСД використовує SWOT- аналіз у двох випадках. Перший – це формування стратегічного плану розвитку центру сімейної медицини, а другий – обґрунтування запуску нового напрямку.

Зазвичай, в процесі проведення SWOT- аналізу оцінюються загальна конкурентоспроможність медичного закладу, його інвестиційна привабливість, галузь, ринок, проєкт, напрямки діяльності, медичні послуги тощо. Здійснення SWOT- аналізу передбачає опис переваги, слабкості, можливості і загрози з боку основних носіїв конкурентоспроможності медичного закладу, тобто його основних стейкхолдерів: менеджерів, інвесторів, власників, персоналу і клієнтів, постачальників.

Розробкою SWOT - аналізу Ладжинського ЦПМСД займається його директор. У стандартній таблиці SWOT робиться перелік можливостей подальшого розвитку центру, сильні і слабкі сторони. При цьому сильні і слабкі сторони відносяться до внутрішнього середовища медичного закладу, а можливості і загрози – до зовнішнього оточення.

Результати проведеного аналізу використовуються для підготовки цілей розвитку медичного закладу на рік. Для кожного пункту директор центру формулює:

- напрямки використання можливостей, які виникають на підставі позитивних зовнішніх обставин;

- варіанти попередження загроз, які виникають внаслідок негативних зовнішніх обставин;
- напрямки використання можливостей, які виникають на підставі позитивних внутрішніх обставин (сильних сторін діяльності медичного закладу);
- варіанти попередження загроз, які виникають внаслідок негативних внутрішніх обставин (слабких сторін діяльності медичного закладу).

Далі всі цілі групуються за відповідальними, вихідними зонами SWOT – матриці, за функціональними ознаками тощо. Основним групуванням, прийнятим в Ладижинському ЦПМСД, є: вплив на зовнішнє середовище; стратегічний маркетинг, перспективні дослідження і розробки; збут і оперативний маркетинг; надання медичних послуг сімейної медицини; система управління; персонал. Для кожної цілі призначається відповідальний за її досягнення і визначається перелік завдань для її досягнення. Таким чином, результатами проведення SWOT – аналізу є два документи: SWOT – таблиця і рішення Ладижинського ЦПМСД на наступний рік. Для складання SWOT – таблиці досліджуються нові можливості і загрози на ринку медичних послуг для закладу.

Новими можливостями на ринку для Ладижинського ЦПМСД стали: он-лайн запис на прийом до лікаря; сильні сторони – не тільки наявність фахівців, які вміють добре письмово викладати свої думки, але й ще вести сайт в Інтернеті, що забезпечує активне просування медичних послуг.

Нові можливості на ринку - поява досить стійкого попиту на лабораторні послуги у зв'язку з неякісним оснащенням державних медичних установ. Слабкі сторони Ладижинського ЦПМСД – відсутність власних лабораторних потужностей, витратна логістика. Очевидно, що з цієї комбінації випливає: треба в плановому режимі купувати власне лабораторне обладнання, починаючи з приладів, які виконують дослідження, небажані для транспортування. Комбінації «загрози - слабкі сторони» розглядаються як обмеження стратегічного розвитку.

Нові загрози на ринку для Ладижинського ЦПМСД – посилення конкурентної боротьби, наслідком якої є як нестача кадрів, так і пацієнтів. Слабкі сторони Ладижинського ЦПМСД - плин кадрів. Очевидно, що з цієї комбінації

слід – необхідно розробити низку заходів, спрямованих на утримання кадрів та пацієнтів. Комбінації «загрози - сильні сторони» використовуються як потенційні стратегічні переваги Ладижинського ЦПМСД.

Нові загрози на ринку для Ладижинського ЦПМСД – активізація діяльності органів контролю. Очевидно, що з цієї комбінації випливає довготривала конкурентна перевага, яка дозволить Ладижинському ЦПМСД перемогти конкурентів і досить довго утримувати лідерство.

На підставі проведеного аналізу були визначені можливості, що відкриваються перед Ладижинським ЦПМСД: вихід на нові ринки чи сегменти ринку; розширення сфери медичних послуг сімейної медицини; вертикальна інтеграція. Більш правильним є розгляд можливостей, які відкриваються не лише перед Ладижинським ЦПМСД, а й перед його конкурентами на відповідному ринку, де працює центр сімейної медицини. Ці можливості дозволяють розробити програму відповідних дій – стратегію Ладижинського ЦПМСД.

Наведений вище опис «можливостей», що відкриваються перед Ладижинського ЦПМСД, дозволяє перерахувати вже готові конкретні дії, які цей медичний заклад може здійснити. З точки зору значення слова «можливість», здається, що все начебто правильно, проте це призводить до того, що коли намагаються привести у відповідність сильні і слабкі сторони медичного центру з представленими ним «можливостями», нічого нового в результаті не з'являється.

Доцільним є переформулювати перелік можливостей, щоб на ринку їх могли одночасно використовувати і конкуренти. Отже, можливості: наявність неохоплених медичними закладами перспективних ринків чи нових сегментів ринку; наявність на ринку медичних закладів – партнерів; наявність існуючих дилерських мереж. У такому разі варіантів стратегічних дій, отриманих комбінуванням сил, і слабкостей медичного закладу, було б дещо більше і, головне, вони так буквально не співпадали б з переліком «можливостей».

Наявність існуючих дилерських мереж може бути використана (оскільки існують сильні сторони Ладижинського ЦПМСД, як у стратегії вертикальної інтеграції у формі придбання мереж розподілу, так і для встановлення тісніших

взаємин з такими дилерами). Розроблений для Ладижинський ЦПМСД SWOT – аналіз наведений в табл. 2.10.

Таблиця 2.10 - SWOT – аналіз Ладижинського ЦПМСД

Сильні сторони	Слабкі сторони
1. Медичний заклад нещодавно на ринку, але вже зміг завоювати розташування пацієнтів	1. Відсутність єдиного інформаційного простору
2. Стабільне бюджетне фінансування	2. Відсутність юридичної служби
3. Високий рівень підготовки кадрів	3. Високий знос основних засобів
4. Наявність унікальних методів дослідження	4. Недостатній контроль репутації в мережі
5. Відносно низькі витрати	
6. Лідерство в наданні послуг	
Можливості	Загрози
1. Відкриття більшої кількості амбулаторій	1. Скорочення бюджетного фінансування
2. Обслуговування додаткових груп пацієнтів, вихід на новий ринок, розширення лінії послуг за рахунок співпраці з НСЗУ	2. Входження на ринок сильного конкуренту
3. Збільшення темпів росту ринку медичних послуг	3. Зменшення темпів росту ринку медичних послуг

Джерело: матеріали медичного закладу

Таким чином, Ладижинський ЦПМСД має внутрішні сили, щоб скористатися зовнішніми можливостями, і, по-друге, виявлені слабкі сторони центру, можуть ускладнити проблеми, пов'язані із зовнішніми небезпеками. Встановлений перелік сильних та слабких сторін Ладижинського ЦПМСД дозволяє формувати і банк небезпек та можливостей на ринку, відповідно, можна скласти досить велику кількість варіантів стратегічних дій.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

3.1 Напрямки удосконалення адміністративного управління надання медичних послуг закладом сімейної медицини

Аналіз адміністративного управління в КП Ладизинський ЦПМСД дозволив виявити декілька основних проблем, одна із яких, це недоліки у плануванні робочого часу. Дефіцит робочого часу (нестача тимчасового ресурсу) пов'язаний, насамперед, із неправильною організацією керівником своєї діяльності, або неграмотною організацією діяльності керівництвом, що призводить до поспіху, затягування виконання робіт, завдань, неякісної роботи тощо. що зрештою істотно впливає ефективність і результативність діяльності всього медичного центру.

Серед методів удосконалення управління можна виділити аналіз витрат робочого часу керівника установи та керівників її функціональних підрозділів. Для того, щоб виявити основні причини дефіциту часу треба періодично здійснювати інвентаризацію часу за кілька робочих днів. Занепокоєння керівника через дефіцит часу можна виявити за ознаками:

- відсутність чіткого розкладу діяльності (роботи) на поточний день;
- не ознайомлення помічника керівника із його розпорядком дня, відсутність інформації про місце знаходження керівника у певний момент робочого дня;
- неможливість своєчасно відповідати в процесі ділової переписки через надмірну зайнятість;
- необхідність завершувати певну роботу вдома через нестачу часу протягом робочого дня;

- неможливість зосередитися на основній роботі через необхідність відповідати на часті телефонні дзвінки та відволікатись на часті візити відвідувачів;
- невпевненість в якості роботи підлеглих змушує керівника постійно виконувати за них роботу;
- неможливість займатись основною працею через великий обсяг рутинних справ;
- часті перевтоми через постійних поспіх у роботі.

Для того, щоб раціональніше використовувати свій робочий час керівнику треба, насамперед, чітко усвідомлювати свої основні функції, цілі, завдання та бюджет часу. На етапі планування своєї роботи керівник повинен чітко дотримуватись основних правил:

- 1) 60% робочого часу відводиться на планові роботи, а решта (40%) це вільний час, з якого 20% можуть зайняти непередбачені роботи, а інші 20% - спонтанно виникаючі;
- 2) постійна фіксація витраченого часу. Слід зазначати, як і на які потреби був витрачений час. В результаті керівник, маючи повне уявлення про свій робочий час, здатний планувати свою роботу на майбутнє;
- 3) розподіл своїх завдань на довго-, середньо- та короткострокові з чітким визначенням використаного часу, що дозволить здійснити якісне планування;
- 4) дотримання основних засад планування: регулярність, системність, послідовність;
- 5) планування реальних для виконання завдань керівником.

В основі розробки плану використання часу може бути перспективний план керівника. Відповідно, в основі плану на майбутнє, який може охоплювати не один рік, повинен лежати річний план, який, у свою чергу, може охоплювати кварталні плани. Квартальні плани обов'язково повинні бути скоординовані з планом на рік та поділені на місячні плани. Тому тижнево-добовий план є найбільш точним планом використання робочого часу керівника. План на робочий день є головним етапом у плануванні робочого дня. При цьому повинен

бути постійний контроль за його виконання і за необхідністю повинен коригуватися з урахуванням ситуації. Для впорядкування планів дня пропонується метод «Альп». Цей метод охоплює п'ять етапів:

- 1) упорядкування завдань;
- 2) оцінювання тривалості дій;
- 3) формування резерву часу (співвідношення 60:40);
- 4) визначення пріоритетів у прийнятті рішень та визначення передоручень;
- 5) контроль обліку виконаної роботи.

Для упорядкування завдань, тобто встановлення черговості виконання запланованих на день справ, рекомендується скористатися принципом Парето (співвідношення 80:20). Згідно цього принципу в середині певної групи окремі її малі частки є більш ефективними, ніж в цілому у всій цій групі. Отже, згідно цієї теорії можна визначити ефективність використання робочого часу керівника, тобто за перші 20% витраченого ним часу може бути досягнуто 80% результату. А решта (80% витраченого часу) можуть дати лише 20% загального результату.

Для визначення пріоритетів у роботі пропонується скористатись аналізом АВС. В основі цього методу лежить думка, що відсоткові частки найбільш важливих та найменш важливих справ у сумі не змінюються. Усі заплановані завдання можна поділити на три класи залежно від до їхньої пріоритетності для керівника. В основі аналізу АВС лежать три закономірності, наведені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Визначення пріоритетності завдань за допомогою АВС-аналізу

Завдання			Ступінь внеску для досягнення цілі, %	Виконавець
Тип	Ступінь важливості	Кількість, %		
A	найбільш важливі	15	65	директор
B	важливі	20	20	заступник директора
C	несуттєві	65	15	обов'язково делегування

Джерело: авторська побудова

При використанні АВС аналізу слід дотримуватися певних правил:

- скласти список всіх запланованих завдань;

- систематизувати заплановані завдання за пріоритетністю та встановити черговість їх виконання;
- пронумерувати ці завдання;
- зробити оцінку завдань згідно категоріям А, В та С.

Можна застосовувати прискорений аналіз за принципом Ейзенхауера. Цей принцип вважається допоміжним у використанні для тих ситуацій, коли виникає необхідність термінового прийняття рішення в пріоритетності виконання завдань. Для встановлення значимості запланованих завдань використовуються такі критерії: терміновість та важливість завдання. Відповідно за цими критеріями завдання можна поділити на 4 групи:

- 1) термінові (важливі) завдання – виконує ці завдання власне керівник;
- 2) термінові (менш важливі) завдання – керівник може доручити їх вирішення своїм підлеглим;
- 3) менш термінові (важливі) завдання - керівнику необов'язково вирішувати їх одночасно, але вирішити їх може пізніше сам;
- 4) менш термінові (менш важливі) завдання - керівник повинен доручити їх вирішення іншим особам.

Як показує практика, оперативне щоденне планування роботи керівників підвищує продуктивність їхньої праці на 25-30%, що дозволяє зберегти його робочий час на врегулювання певних процесів через непередбачені порушення, які можливі під час роботи. Щоденне оперативне планування роботи керівник здійснює шляхом встановлення завдань наступного дня. При цьому слід одночасно видавати основні та допоміжні завдання (можна видавати 2-3 допоміжних завдання). Видані керівником виконавцю завдання записуються до його робочого зошита. Це дозволяє виконавцю у разі неможливості виконання основного завдання негайно перейти до виконання запасного. При цьому відбувається економія його часу на перехід до іншої роботи, а керівник займається вирішенням своїх завдань, не гаючи часу на підготовку та видачу нового завдання. У разі неможливості виконання основного завдання виконавець зобов'язаний негайно доповісти про це керівнику. Якщо це зробити неможливо,

виконавець повинен інформувати керівника наприкінці робочого дня про виконання допоміжного завдання. Цю інформацію він може передати особисто керівнику через його помічника або зробити запис у журналі ведення робіт.

Для забезпечення постійного розвитку медичного закладу необхідна розробка більш удосконаленого механізму контролю, в якому одне із головних місць належить інституту аудита, який є обов'язковою складовою системи адміністративного управління в ринкових умовах господарювання. Правильно проведений аудит дозволяє виявити наявні недоліки діяльності медичного закладу, розробити заходи з їх усунення і побудувати перспективну програму розвитку медичного закладу.

В Україні аудиторський контроль підрозділяється на два види: зовнішній та внутрішній. Здійснення зовнішнього контролю покладається на аудиторські фірми, зовнішніх незалежних аудиторів. Внутрішній аудит проводиться або спеціально створеною службою самої організації, або її співробітниками при безпосередньому підпорядкуванні керівництву цього закладу.

Внутрішній аудит дозволяє встановити наявні чи потенційні невідповідності та сприяє поліпшенню діяльності медичного закладу. Він є найбільш сучасним методом управлінського контролю за якістю. Аудит медичних установ проводиться з метою визначення достовірності фінансової (бухгалтерської) звітності медичного закладу і коригування порядку ведення бухгалтерського обліку відповідно до чинного законодавства. Однак, аудит діяльності медичного закладу не складається тільки з економічного аналізу, тому що його діяльність характеризується взаємопов'язаними медико-економічними показниками, серед яких одне з основних місць займає якість надання медичної допомоги.

Виявленню та мобілізації резервів покращення якості медичної допомоги у медичному закладі сприяє внутрішній аудит, який можна розглядати як функцію управлінського контролю. Роль підвищення ефективності внутрішнього контролю в центрі сімейної медицині вкрай важлива, особливо нині, коли відзначається збільшення конкуренції на ринку медичних послуг. Внутрішній контроль повинен

здійснюватися в умовах відкритості, прозорості та достовірності, що збільшить ефективність управління якістю медичних послуг.

Коло питань та цілі внутрішнього аудиту залежать від розміру та структури медичного закладу та вимог його управлінського апарату, у кожному даному випадку різні. Як правило, функції служби внутрішнього аудиту містять одну або декілька ланок: контроль за виконанням законодавства, нормативних актів, зовнішніх та внутрішніх вимог керівництва; контроль результативності, економічності та ефективності; контроль управлінської та фінансової діяльності установи; оцінка продуктивності процедур внутрішнього контролю. Критерії якості повинні мати комплексних характер, тобто охоплювати усі елементи якості і бути орієнтирами в процесі розробки і реалізації заходів досягнення встановлених цілей з надання якісної допомоги сімейної медицини (Додаток Б).

В медичному закладі внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється у порядку, встановленому їх керівниками. Прагнення найбільш високого рівня якості надання медичної допомоги та задоволеності нею пацієнтів (за рахунок ефективного управління з максимальним використанням можливостей системи внутрішнього контролю), є одним із найбільш пріоритетних завдань керівників медичних організацій.

Впровадження системи управління якістю на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000, є одним з важливих методів, який дозволяє досягати та підтримувати високий рівень якості надання медичних послуг. Правильне та цілеспрямоване введення системи управління якістю у діяльність медичного закладу дозволить звільнити лікарів та середній медперсонал від малоістотного та неефективного контролю якості та підвищення ефективності їх роботи.

Актуальним завданням є створення моделі конкурентного центру сімейної медицини, де якість буде відповідати кращим національним і світовим стандартам, де будуть дотримуватися права пацієнтів, де буде вибудована система обміну інформацією та співробітництва, де буде працюватиме команда лікарів-однодумців. Ключовою фігурою такого лікувального закладу є лікар, який вміє збудувати відносини з пацієнтом та надати сучасні медичні послуги. Саме лікарі

та завідувачі структурних підрозділів перші контактують з пацієнтами, або їх законними представниками, і вони мають здійснювати перший ступінь контролю за якістю медичної допомоги.

Відповідно до чинної структури установи, наступний рівень контролю мають здійснювати заступники головного лікаря, які відповідають за оперативне управління структурними підрозділами. Ними є заступники головного лікаря з практики сімейної медицини, а також заступник амбулаторії центру.

Третім ступенем контролю якості медичної допомоги є лікарська комісія медичного закладу. Це особливий орган, який функціонує на постійній регулярній основі при медичній установі з метою вдосконалення організації надання медичної допомоги громадянам, прийняття рішень у найбільш складних та конфліктних випадках з питань профілактики, діагностики, лікування, медичної реабілітації та інших питань.

Метою створення відділу управління якістю медичної допомоги є покращення умов для розвитку творчої особистості, координація роботи з удосконалення профілактичної та лікувально-діагностичної роботи медичного закладу. До основних завдань, які має вирішувати цей відділ, належать:

- розробка, впровадження та реалізація принципів системи менеджменту якості;
- залучення управлінського персоналу, всіх медичних співробітників та співробітників допоміжних відділів до інноваційного процесу покращення діяльності центру;
- підвищення ефективності та результативності праці у сфері медичних послуг;
- оптимізація витрат.

Відділ формує стратегію та координує роботу з функціонування системи управління якістю. Основні функції, які повинен забезпечувати відділ:

- розробка та забезпечення ідеології системи менеджменту якості. Розробка планів, стратегічних програм та проектів у галузі покращення якості

профілактичної, лікувально-профілактичної допомоги. Контроль перебігу їх виконання;

- створення єдиної структури документації системи менеджменту якості, що включає політику в галузі якості, посібник з якості, документовані процедури;
- забезпечення відповідності системи управління якістю прийнятої моделі управління якістю (проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю, підготовка лікарні до оцінки та сертифікації якості медичних послуг);
- супровід системи управління якістю, підтримання її в актуальному стані, ведення необхідної документації (організація робіт з моніторингу) якості наданих медичних послуг та найважливіших напрямів діяльності у рамках системи менеджменту якості, підготовка звітів для головного лікаря з питань якості, функціонування та покращення системи менеджменту якості).

Для керівництва відділом доцільно ввести нову штатну посаду – заступник головного лікаря з якості. У структурі відділу необхідно виділити профільні підрозділи. Для кращої взаємодії з відділеннями центру та координованої роботи у сфері управління якістю, залучення до процесу діяльності всіх співробітників центру створити підрозділ організації та координації робіт.

Інструктивно-методичний підрозділ може надавати методичну допомогу відділенням центру у підготовці звітів, обробці та аналізу їх даних, а також зможе організувати підготовку та перепідготовку працівників відділу та співробітників відділень у галузі менеджменту якості. З метою автоматизації підготовки звітів та взаємодії всіх підрозділів та відділень клініки технологічно необхідно мати інформаційний підрозділ.

Для діяльності лікувальних підрозділів важливими є внутрішні комісійні перевірки. Перевірки відділень центру є послідовністю дій на базі формалізованих нормативних документів, розроблених усередині закладу та затверджених наказами керівника цієї установи:

- Положення про регламент проведення внутрішньої перевірки структурних підрозділів центру;

- План внутрішніх комісійних перевірок діяльності лікувальних відділень центру;
- Наказ про проведення планової перевірки відділення;
- Форма Акту внутрішньої комісійної перевірки відділень центру;
- План коригувальних заходів щодо виявленим у ході внутрішніх перевірок порушенням відділення центру.

Положення про регламент проведення внутрішньої перевірки структурних відділень центру, які здійснюють медичну діяльність, затверджене керівником установи, є основним нормативним документом, розробленим всередині установи, для впровадження та здійснення внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності даної установи. Ключові питання даного положення наведені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Розділи Положення про регламент проведення внутрішньої перевірки структурних відділень Ладизинського ЦПМСД

Розділи	Підрозділи
I. Основні положення	1. Цілі проведення перевірки.
	2. Предмет проведення перевірки.
	3. Права та обов'язки посадових осіб під час проведення перевірки.
	4. Права та обов'язки завідувача відділення центру, щодо якого здійснюється перевірка.
	5.Опис результату виконання перевірки.
II. Порядок планових та позапланових перевірок:	1.Термін перевірки.
	2. Процедура планової та позапланової перевірки.
	3. Послідовність процедур під час проведення перевірки (планування перевірки, виконання перевірки, аналіз даних перевірки).
III. Відповідальність посадових осіб за рішення та дії (бездіяльність), що приймаються (здійснюються) ними в ході виконання внутрішньої перевірки.	

Джерело: авторська розробка

Внутрішні перевірки повинні проводитися постійно протягом усього року, згідно з заздалегідь розробленим та затвердженим керівником установи Планом даних перевірок центру. Відповідно до правил діловодства співробітники відділу діловодства доводять до відома керівників структурних підрозділів строки проведення перевірки їх підрозділів, згідно з наказом про план здійснення

внутрішньої перевірки. Внутрішня комісійна перевірка якості та безпеки медичної діяльності відповідного структурного підрозділу має здійснюватися щомісяця.

Наказ, згідно з затвердженою керівником установи формою, про здійснення планової перевірки структурного підрозділу, повинен містити такі основні розділи:

- предмет внутрішньої перевірки;
- терміни проведення внутрішньої перевірки;
- основу проведення внутрішньої перевірки;
- склад комісії;
- зразковий перелік нормативних актів;
- основні розділи та ключові показники, які характеризуються абсолютними об'єктивними кількісними індикаторами:

- кадрові ресурси (штатний розклад, обліковий склад, графік роботи, раціональність розподілу, табель обліку робочого часу, наявність дозвільних документів щодо допуску до роботи з наркотичними, сильнодіючими засобами та психотропними речовинами, декретований контингент);

- документація медичних послуг (кодування послуг згідно з внутрішнім розпорядком, документація послуг, документація несприятливих побічних дій медичних послуг, відповідність акту наданих послуг, статистика виписаних пацієнтів каналами позабюджетного надходження);

- первинна медична документація, контроль якості медичної допомоги (ведення історії хвороби пацієнта, оформлення форм юридичних взаємин із пацієнтом);

- медичний сервіс;

- дотримання санітарно-епідемічних норм;

- оборот лікарських засобів та витратних матеріалів;

- використання лікарських засобів;

- використання контрольно-вимірювальних приладів (наявність реєстраційних посвідчень, відповідність робочого місця вимогам, журнали обліку технічного обслуговування медичної техніки - наявність, ведення, своєчасність

проведення технічного обслуговування медичної техніки, перевірки вимірювальних приладів, допуски до роботи персоналу);

- виявлені порушення.

Зазначені вище процедури внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності багато в чому схожі з такими показниками системи менеджменту якості: цілі аудиту; обсяг, місце та графік проведення аудиту; процедури програми аудиту; критерії аудиту; формування групи аудиту; необхідні ресурси; процеси, пов'язані з дотриманням конфіденційності аудиту; інші.

Відповідно до наказу про здійснення внутрішньої перевірки та з урахуванням напряму контролю, члени комісії зобов'язані подати свої звіти голові комісії. За результатами перевірки готується акт та проводиться аналіз порушень. На ім'я головного лікаря центру керівник перевіреного структурного підрозділу представляє пояснювальну записку та план коригувальних заходів з перерахуванням заходів щодо виправлення виявлених порушень, зазначенням відповідальних осіб за проведення цих заходів та строків виконання.

Після затвердження плану коригувальних заходів, у ході їх реалізації, має здійснюватися їх постійний моніторинг та контроль виконання. Для виявлення наявних чи потенційних невідповідностей у робочому процесі та можливостей покращення діяльності в області якості, надання поточних консультацій співробітникам центру з метою покращення діяльності, необхідний підрозділ внутрішнього аудиту та його аналізу.

Аудит повинні проводити спеціально навчені та компетентні у сфері внутрішнього аудиту співробітники, які постійно вдосконалюють свої знання. Основні знання, якими вони повинні володіти:

- аналіз результативності та ефективності лікувально-діагностичних, профілактичних процесів, неклінічних процесів, процесів управління;
- дотримання прав медичних працівників та пацієнтів;
- правові можливості та ефективність впровадження інноваційних технологій;

- ефективна взаємодія відділень центру, які беруть участь у виконанні одного процесу;
- спадкоємність у діяльності всередині відділень центру та взаємодія з іншими медичними закладами;
- правильність застосування та точність вимірювань показників якості керівниками структурних підрозділів центру;
- своєчасність і доступність медичної допомоги пацієнтам клініки.

Безпосередньо процес аудиту можна визначити у вигляді послідовних дій таких як:

- складання та затвердження плану аудиту;
- збір інформації щодо конкретно заданої теми;
- вимірювання фактичних показників та порівняння їх із встановленими критеріями;
- аналіз причин виявлених відхилень із складанням обов'язкового звіту;
- розробка заходів та надання роз'яснень щодо їх застосування для усунення виявлених дефектів у робочому процесі;
- перевірка усунення виявлених дефектів у процесі.

Планування аудиту має здійснюватися шляхом складання річної програми, яка включає:

- графік проведення аудитів у відділеннях;
- теми аудитів;
- порядок проведення та методи аудитів;
- форми та терміни надання звітів.

Оцінка даних, отриманих під час внутрішнього аудиту, дозволяє оперативно оновлювати документи щодо обов'язків медичних працівників, алгоритму надання медичної допомоги пацієнтам, юридичного регулювання взаємовідносин з пацієнтом, і дає можливість фахівцям удосконалювати свої знання та навички. Виявлені в окремих фахівців порушення та зауваження щодо здійснення медичної діяльності дають можливість застосування адміністративних заходів до відділень, які не виконали усунення зауважень та недоліків у зазначені терміни, не

створюючи конфліктних ситуацій особистісного характеру, таких, як звинувачення в упередженому відношенні з боку керівника структурного підрозділу, оскільки зауваження та порушення фіксуються комісією та є об'єктивними.

Підвищенню якості надання медичних послуг сприяє діджиталізація документообігу. В Ладижинському ЦПМСД постійно розробляються та впроваджуються нормативні та методичні документи щодо вдосконалення документаційного забезпечення системи управління персоналом закладом. Робота з документаційного забезпечення системи управління персоналом закладу ґрунтується на методичних та нормативних документах.

У ході дослідження документаційного забезпечення системи управління персоналом у закладі виявлено такі дві проблеми, а саме великий обсяг документів та відсутність часу на їх обробку. Для того, щоб удосконалити процес документаційного забезпечення системи управління персоналом закладом, пропонується впровадження системи електронного документообігу.

В комплекс заходів з вдосконалення документаційного забезпечення системи управління персоналом закладу повинні входити такі документи: посадова інструкція діловода, номенклатура справ, інструкція по веденню діловодства. Інструкція з діловодства охоплює увесь процес діловодства в закладі. Вона визначає правила і процеси видання документів, порядок роботи з ними. Ладижинський ЦПМСД має посадові інструкції всіх працівників, які встановлюють їх права та обов'язки, визначають взаємовідносини з іншими працівниками закладу.

У Ладижинському ЦПМСД є архів, в якому зберігаються документи та використовуються в ході діяльності закладу. Тож у кожному відділі закладу є номенклатура справ. Вона допомагає систематизувати величезну кількість документів. Номенклатура справ допомагає: вести облік всіх справ, які ведуться в закладі; групувати справи залежно від їх типу; визначає правила формування справ; забезпечує зберігання і швидкий пошук документів. Також номенклатура

справ допомагає виявити документи, яким потрібно зберігатися в архіві чи бути знищеними у зв'язку з закінченням терміну зберігання.

Протягом багатьох років весь документообіг в закладі був паперовим. Поступово традиційні методи роботи з документами стали малоефективними. На сьогоднішній день в закладі незамінним помічником у роботі є комп'ютер. Використання електронних документів стало найпоширенішим явищем.

У закладі є електронна система журналу заявок. Впровадження цього заходу дозволяє співробітникам залишати свої заявки для господарського відділу між відділами, що стосуються трудової діяльності. У цій програмі заявка доходить до фахівця, якому вона адресована. Цей процес позбавляє паперової тяганини. Усі заявки розташовуються у програмі та не залишаються непоміченими. Оскільки всі неоформлені заявки виділяються жирним кольором.

Електронний документообіг скорочує час на створення, зберігання та обробку документів. Перевагами електронного документообігу є збільшення швидкості узгодження документів, прискорення інформаційних потоків, економія ресурсів та матеріалів, швидкий пошук документа у системі, контролю над рухом документа на кожному етапі, зниження ризику втрати документів. Електронний документообіг дозволяє ефективно обробляти документацію, що надходить. Через це робота буде виконуватися швидше. При цьому заощаджується робочий час співробітників, а також кошти закладу.

3.2 Обґрунтування ефективності електронного документообігу у сфері адміністративного управління надання медичних послуг закладом сімейної медицини

Система електронного документообігу дозволяє автоматизувати роботу з документами та раціонально використовувати співробітникам свого часу на роботу з документами. Впровадження системи електронного документообігу допомагає досягти таких цілей в адміністративному управлінні сімейною медициною:

- забезпечення якості роботи з документами;
- скорочення термінів виконання та проходження документів;
- оперативний пошук документів;
- централізоване забезпечення зберігання документів.

При цьому передбачається поєднання електронних документів між підрозділами, єдиний порядок роботи з документами у підрозділах, використання номенклатури справ. Оскільки обсяг електронного документообігу збільшується, то отримує свій розвиток і можливість обміну документами електронною поштою. Документ, що надсилається електронною поштою, адресат отримує практично миттєво. Можливості використання електронної пошти:

- ефективна доставка документів;
- одночасне розсилання документа декільком адресатам;
- редагування документів, розсилання та зберігання;
- можливість друкування одержаних документів.

Система електронного документообігу дозволяє створити єдиний інформаційний простір в організації, отримувати оперативну та достовірну інформацію. Гнучкість системи електронного документообігу визначається створенням, пошуком та редагуванням документа, відстеженням документів.

Електронний документообіг надає організації такі переваги: зменшення витрат на папір; зменшення витрат на копіювання; зменшення витрат на доставку документів у паперовому варіанті; зменшення витрат на ресурси: обладнання, люди.

Головним ефектом електронного документообігу є наведення порядку документів, оптимізація процесів, скорочення термінів ухвалення рішень від керівника, підвищення роботи організації. Від запровадження електронного документообігу у створенні співробітники можуть ефективно використовувати свій робочий час, і навіть виконувати максимальний обсяг роботи.

Видами ефективності від впровадження електронного документообігу є: соціальна (коли результати виражаються у зменшенні трудомісткості); фінансова (коли розраховуються показники скорочення часу на роботу із документами);

економічна (коли розраховується вартість результатів та витрати від результатів впровадження); ресурсна (коли відображається вплив використання та обсяг споживання трудових, інформаційних, матеріальних та інших ресурсів. Статті витрат застосування системи електронного документообігу наведені у табл. 3.3.

Таблиця 3.3 – Витрати впровадження системи електронного документообігу

№	Стаття витрат	Вартість, грн.
1	Ліцензія ПЗ на 50 робочих місць	25 200
2	Конфігурація	18 512
3	Клієнтська ліцензія на 50 робочих місць	42 000
4	Комп'ютерна техніка	12 329
4.1	Монітор	7 399
4.2	Системний блок	2632
4.3	Клавіатура	679
4.4	Комп'ютерна миша	520
5	Робота з впровадження системи	98 000
6	Загальна вартість	196 041

Джерело: авторська побудова

Для кожного працівника закладу потрібна додаткова комп'ютерна техніка і для входу в програму кожний працівник використовує логін та пароль. Впровадження системи включає налаштування програмного забезпечення, проведення навчання працівників для роботи з даною програмою. Розрахуємо показники економічної ефективності. Дані для розрахунку економічної ефективності представлені у табл. 3.4.

Таблиця 3.4 – Дані для розрахунку економічного ефекту, грн.

№	Стаття витрат	Вартість за одиницю, грн.
1	Витрати на папір	0,46
2	Вартість робочого часу фахівця з кадрів	62,18
3	Вартість часу спеціаліста по кадрах для оформлення одного наказу	10,36
4	Вартість оформлення наказів за одну годину	64,94
5	Витрати на оформлення наказів за місяць	10909,92
6	Всього витрат на оформлення наказів за рік	130 919,04

Джерело: розрахованими за матеріалами КП «Ладизинський міський ЦПМСД»

КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» вже використовує деякі продукти програмного забезпечення діяльності медичного закладу. Отже, серверну ліцензію не має потреби встановлювати, що дозволяє

заощаджувати частину коштів. До економії коштів слід віднести вартість паперу, а також час співробітників, який необхідний для роботи з документами. Ці витрати підприємства є постійними.

Порівняння результатів даних табл. 3.1 та 3.2 свідчить про доцільність впровадження електронного документообігу у закладі, оскільки впровадження системи електронного документообігу окупиться через 1,5 року і заклад зекономить в майбутньому кожного року майже 131 тис. грн.

3.3 Використання соціально-психологічних методів адміністративного управління для підвищення якості надання допомоги сімейної медицини

Соціально-психологічні методи управління мають універсальний характер і є невід'ємною частиною адміністративного управління якості надання допомоги сімейної медицини. Використання принципів та інструментів соціальної та когнітивної (пізнавальної) психології у практичній діяльності керівників медичних закладів дозволяє більш ефективно вирішувати проблеми впровадження та підтримки в робочому стані системи адміністративного управління якості. Тому доцільним є надати практичні рекомендації щодо використання соціально-психологічних методів управління для упорядкування уявлень керівників про основи соціально-психологічного управління організаційними нововведеннями в галузі якості, що може надати реальну допомогу в їх практичній діяльності.

Когнітивна психологія, яка вивчає механізми сприйняття та переробки інформації людським мозком, дозволяє по-новому поглянути на багато проблем управління охороною здоров'я, в т.ч. підвищення трудової мотивації медичних працівників, нормативно-правового та інформаційного забезпечення, клінічного менеджменту на основі доказової медицини, формування здорового способу життя тощо. Основним практичним завданням застосування соціально-психологічних методів є зміна поведінки, переконань, емоційної сфери та власне установок працівників. Зазвичай потрібно підвищити їхню зацікавленість у

підвищенні якості медичної допомоги, забезпечити громадську підтримку будь-яких перетворень, покращити морально-психологічну обстановку у трудовому колективі тощо.

Іншим найважливішим практичним напрямом когнітивної психології у охороні здоров'я є вдосконалення розумових процесів керівників та рядових працівників, боротьба з так званим «ілюзорним» мисленням, підвищення якості та ефективності комунікацій, зокрема інформаційного забезпечення трудової діяльності з погляду особливостей сприйняття та інтерпретації даних.

Ефективність управління медичною установою та якість лікувально-діагностичного процесу багато в чому залежать від стереотипів поведінки та мислення керівників, лікарів та інших працівників, сформованих на основі їх життєвого досвіду та здобутої освіти та дозволяють приймати рішення швидко, не витрачаючи значних когнітивних ресурсів. При цьому схема прийняття управлінського рішення, що виправдовує себе, або, наприклад, постановки діагнозу і призначення лікування стає все більш несприйнятливою до нових фактів і аргументів. Проблема полягає в тому, щоб при зміні ситуації мати сили та бажання відмовитись від застарілих установок. Психологи навіть запровадили термін «ментальне забруднення» для позначення небажаних стереотипів мислення.

Один із постулатів когнітивної психології говорить, що поведінка, думки, емоції та наміри людини залежать не від об'єктивної реальності, а від її суб'єктивної інтерпретації на основі наявних установок. Тому необхідно зрозуміти як керівники та їх підлеглі сприймають навколишній світ, як їхні настанови впливають на прийняття рішень, їх поведінку, думки, емоції, процеси сприйняття, обробки та інтерпретації інформації. Без цього реалізація одного з основних принципів управління якістю «Прийняття рішень, засноване на фактах» стає неможливою.

Поведінка і рішення визначаються прогнозом майбутнього, а прогноз залежить від інтерпретації дійсності. Як правило, люди спотворюють інформацію так, щоб вона відповідала їхнім установкам. Деякі описані у літературі когнітивні

особливості прийняття рішень, що характеризують так зване «ілюзорне» мислення, представлені у табл. 3.5.

Таблиця 3.5 - Основні тенденції в процесі прийняття рішень

Тип тенденції	Опис тенденції
Пошук підтверджуючих даних	Готовність збирати факти на користь певних висновків і зневага до даних, що суперечать їм
Непоследовність	Нездатність застосовувати одні й самі критерії у подібних ситуаціях
Консерватизм	Нездатність змінити власну думку з появою нових фактів
Новизна	Події, що відбулися в останній момент, домінують над давнішими, які більше не становлять інтересу або ігноруються
Доступність	Схильність покладатися на окремі події, що легко відновлюються в пам'яті, на шкоду іншої інформації, що стосується справи
Прив'язка	Прогнози схильні до надмірного впливу початкової інформації, яка оцінюється як найбільш вагома
Оманливі взаємозв'язки	Перекональність у очевидності деяких схем і (або) причинного зв'язку двох змінних, насправді не пов'язаних між собою
Вибірче сприйняття	Схильність сприймати проблеми крізь призму власної позиції чи досвіду
Регресійна залежність	Стійке зростання, що спостерігається в деяких явищах, може пояснюватися вибраними навімання причинами, які, якщо пояснення виявляється вірним, збільшують ймовірність подальшого спаду. І навпаки, тривалий спад підвищує можливість нового ривка вперед.
Пояснення успіху та невдач	Успіх приписується вмінню, а невдача пояснюється невдачею чи чиєюсь помилкою, що не дозволяє людині отримувати уроки та усвідомлювати власні помилки.
Оптимізм, прийняття бажаного за дійсне	Бажаний для людини результат впливає його прогноз розвитку подій
Недооцінка невідомості	Зайвий оптимізм, оманливі кореляції, потреба знизити занепокоєння призводять до недооцінки майбутньої невідомості.

Джерело: побудовано на основі [34]

Усі зазначені особливості інтерпретації та обробки інформації, формування установок та використання ментальних спрощень повною мірою притаманні керівникам медичних закладів, лікарям, середньому медичному та обслуговуючому персоналу. Як і всі люди, вони свідомо або неусвідомлено використовують свої установки для спрощення навколишньої дійсності та процесу прийняття рішень, особливо в умовах стресу, тимчасового цейтноту, надлишку або нестачі інформації. До речі, на думку фахівців у галузі управління, широко поширена думка про те, що чим більше інформації у керівника, тим більше зважене рішення він приймає, не знаходить емпіричного підтвердження. Збільшення обсягу інформації просто посилює його переконаність у своїй правоті,

як правило, не впливаючи на якість рішення. Крім того, інформація, що суперечить або не відповідає установкам, що склалися, може просто перестати сприйматися або неадекватно тлумачитися, тому що для зміни когнітивних структур у відповідність до нових даних необхідна відповідна мотивація, розумові зусилля та наявність вільних когнітивних ресурсів.

Коли управлінська та інша трудова діяльність протікає у звичайних умовах, що не потребують принципово нових рішень, керівники та медичні працівники віддають перевагу перевіреним та апробованим стратегіям, що дозволяють їм економити свої когнітивні ресурси. Чим частіше приймаються певні рішення, тим більш автоматичними вони стають і вимагають менших розумових зусиль. Стратегія прийняття евристичних рішень, один раз сформувавшись і показавши свою ефективність, має тенденцію до повторення. Керівник, лікар, будь-який інший працівник психологічно чинить опір її зміні, тому що це пов'язано з трансформацією установок, що потребують витрат енергії та часу. Проблема полягає в тому, що обставини можуть змінитись, а керівник, лікар чи інший працівник залишається в полоні своїх застарілих уявлень.

Підтримка трудовим колективом ідей управління якістю є ключовим чинником успішного впровадження системи управління якістю у медичних закладах. Для того, щоб керувати, керівнику необхідно впливати на людей. Основою влади є потреби людини – від нижчих фізіологічних до вищих потреб у повазі, самоповазі, визнанні та самоактуалізації. Виконавці очікують, що їхні потреби будуть задоволені за певної трудової поведінки. Керівник повинен представляти можливі соціально-економічні та психологічні наслідки свого впливу. Скільки влади має та чи інша людина визначається не її формальними повноваженнями, а ступенем залежності від неї інших людей. Таким чином, сила влади залежить від ступеня віри виконавця у можливість керівника задовольнити його потреби. Вплив буде сильнішим, якщо працівник сприймає власні потреби як у край цінні та актуальні.

Традиційними методами реалізації владних повноважень є примус, винагорода, компетенція та приклад керівника. Особливе місце займає

матеріальне стимулювання, що носить як економічний, а й соціально-психологічний характер. Проте нині в адміністративних відносинах дедалі важче використовувати примус, зовнішню винагороду і навіть власну компетентність керівника (так звану експертну владу). Соціально-економічні відмінності між начальником та його підлеглими можуть бути незначними. Стираються відмінності в освітньому та інтелектуальному рівні, зменшується матеріальна залежність від роботодавця. В цих умовах зростає значення соціально-психологічних методів управління. Кінцевою метою їх застосування є зміна трудової поведінки працівників, їх емоційного стану, когніцій та інтенцій. Інакше кажучи, йдеться про трансформацію наявних чи формування нових установок людини.

Незважаючи на безліч використовуваних технік впливу на свідомість і поведінку людини, можна виділити кілька основних соціально-психологічних методів, які найчастіше застосовуються в практиці управління. До них відносяться способи психологічного впливу, засновані на принципах взаємності, послідовності, соціального доказу, прихильності, авторитету, дефіциту, класичного та оперантного обумовлення (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 - Соціально-психологічні методи управління в системі охорони здоров'я

Метод	Опис методу
1	2
Метод, заснований на принципі взаємності	Чуйне ставлення керівника до потреб своїх підлеглих завжди буде помічено, і дозволить йому розраховувати на їхню підтримку, особливо під час змін.
Метод, заснований на принципі послідовності	Різні збори, семінари, конференції, медичні поради, курси підвищення кваліфікації, різні колективні звернення, петиції, збирання підписів тощо
Метод, заснований на принципі соціального доказу	Збільшення заробітної плати, підвищення задоволеності роботою, можливість самовираження та реалізації потенційних можливостей працівників тощо, позитивна інформація в авторитетних медіа, поширення передового та успішного (з точки зору медичних працівників та за їх критеріями) досвіду роботи в нових умовах
Метод, заснований на принципі прихильності	Люди більш охоче погоджуються з тими, хто їм подобається. Тому бажано, щоб агенти впливу були з тієї ж соціальної групи, на яку здійснюється вплив.
Метод, заснований на принципі авторитету	Підтримка ідей управління якістю в охороні здоров'я авторитетними людьми є найважливішим чинником їх успішності

Продовження табл. 3.6

1	2
Метод заснований на принципі дефіциту	Штучне обмеження кількості структурних підрозділів, що є у програмах управління. Впровадження змін в окремих відділеннях розглядається як своєрідне заохочення та супроводжується реальним підвищенням задоволеності працівників своєю працею та матеріальною винагородою
Метод, заснований на оперантному обумовленні (метод батога та пряника)	Класичний метод управління, коли трудова поведінка працівника визначається попереднім позитивним підкріпленням чи покаранням. З погляду когнітивної психології, трудова мотивація – це процес на установчу систему чи її окремі елементи з метою стимулювання людини до діяльності, спрямованої на досягнення цілей організації.

Джерело: побудовано на основі [33]

Психологічні причини опору впровадженню системи управління якістю криються в установчих системах керівників та рядових співробітників медичних закладів. Тому використання соціально-психологічних методів управління має стати невід'ємною частиною процесу формування системи адміністративного управління якістю надання медичних послуг. Частина причин опору змінам носить психологічний характер та представлена в табл. 3.7.

Таблиця 3.7 - Психологічні причини неприйняття системи управління якістю в медичному закладі

№	Назва	Механізм дії	Заходи протидії
1	2	3	4
1	Невизначеність майбутнього, недолік або недостовірність інформації, її неправильна інтерпретація	Почуття невизначеності викликає психологічний дискомфорт, тому що забезпечення контролю над оточенням і власним життям відноситься до базових потреб людини.	Роз'яснення цілей, завдань і основних напрямків впровадження СМК з використанням центрального і периферичного шляху переконання.
2	Реальна загроза потребам працівника (збільшення обсягу роботи, в т.ч. оформлення додаткової документації; можливе зменшення зарплати із-за штрафних санкцій; порушення соціальних зв'язків; необхідність перенавчатися; посилення контролю; обмеження професійної свободи в призначенні лікування тощо)	Розглядається працівником як загроза потреб в безпеці. При цьому, як правило, спостерігається психологічне збудження, яке супроводжується негативними емоціями.	Роз'яснення необґрунтованості уявних загроз. При реальності негативних наслідків розробка плану превентивних заходів та їх проведення. Залучення співробітників до розробки та впровадження змін. Інформаційно-правова та психологічна допомога при адаптації до нових умов діяльності. Врахування індивідуальних побажань працівників.

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4
3	Переконання, що впровадження змін не вирішить проблеми	Насильницькі чи нав'язані ззовні зміни проти волі людини викликають психологічне відторгнення	Роз'яснення цілей, завдань, основних напрямів діяльності системи управління якістю
4	Минулий негативний досвід організаційних змін в закладі	Внаслідок класичного обумовлення у більшості медичних працівників сформовано внутрішнє неприйняття організаційних нововведень в закладі.	Об'єктивний аналіз причин колишніх помилок та доведення його результатів до медичних працівників

Джерело: авторська розробка

Таким чином, враховуючи велику ймовірність опору впровадженню систем управління якістю в медичному закладі, необхідно розробляти превентивні заходи щодо його запобігання на основі використання соціально-психологічних методів впливу, переконання та відповідного інформаційного забезпечення. При впровадженні системи управління якістю адміністративні примусові заходи можуть лише в окремих випадках призвести до сталого успіху, тому що мають короткострокову дію і не змінюють установок підлеглих. Більше того, примус сам собою може викликати реактивний опір і негативне ставлення до змін та їх ініціаторів. Найбільш перспективними є методи, спрямовані на зміну установок працівників та внутрішньо-організаційної культури медичного закладу, включаючи групові норми, цілі, систему цінностей. Для позитивного сприйняття організаційних змін у сфері якості дуже важливий перший успіх, досягнення якого керівнику слід звернути особливу увагу, виділивши відповідні ресурси.

ВИСНОВКИ

В результаті дослідження можна зробити такі висновки.

По-перше, розуміння основних концепцій менеджменту, як і методів його застосування стало необхідністю для керівників та адміністраторів медичних закладів. Зниження часу госпіталізації, заходи зменшення вартості лікування, зменшення бюджетних асигнувань та інші питання вимагають активної їх участі в системі управління медичним закладом. Знання, досвід, вміння та навички з діагностики організаційних проблем, розроблення та прийняття управлінських рішень, їх реалізації та постановки питань контролю багато в чому визначають ефективність медичного закладу з досягнення цілей.

По-друге, комунальне підприємство «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі Ладизинський ЦПМСД) відноситься до первинної ланки медичної допомоги у сфері охорони здоров'я. У своїй роботі працівники Ладизинського ЦПМСД керується головним законом – це Конституцією України, а також відповідними законами України в медичній сфері, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, Положенням про Ладизинський ЦПМСД та іншими відповідними актами.

В-третьє, за період дослідження заклад має позитивні фінансові результати, ефективно використовує основні та оборотні засоби, фінансовий стан медичного закладу є задовільним.

В-четвертих, згідно із Статутом КП «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» адміністративне управління центром здійснює його директор, який призначається та звільняється з посади рішенням Ладизинської міської ради (засновником і власником медичного центру). Директор здійснює поточне управління медичним центром і частково делегує свої повноваження, пов'язані із фінансово-господарською діяльністю, своєму заступнику.

В-п'ятих, система управління персоналом Ладижинського ЦПМСД характеризується дотриманням нормативно-правових аспектів, націленістю на заповнення вільних штатних одиниць, своєчасне оновлення персоналу та підтримання високої кваліфікації співробітників. У кадровій політиці керівництво центру зробило ставку на лікарів майстер-класу, які проходили післядипломну освіту і постійно вдосконалюють себе як фахівці. Практично всі лікарі працюють із дня утворення центру. Підбір кадрів здійснювався не тільки за професійною придатністю, а ще й за людськими критеріями, які просто необхідні для даної професії сімейного лікаря. Медичні працівники закладу постійно займаються саморозвитком, знайомляться із новими методами та технологіями, необхідними для їх роботи, вивчають цифрові технології, в тому числі із медичними інформаційними системами.

В-шостих, SWOT-аналіз показав, що Ладижинський ЦПМСД має внутрішні сили, щоб скористатися зовнішніми можливостями, і, по-друге, виявлені слабкі сторони центру, можуть ускладнити проблеми, пов'язані із зовнішніми небезпеками. Встановлений перелік сильних та слабких сторін Ладижинського ЦПМСД дозволяє формувати і перелік небезпек та можливостей на ринку, відповідно, можна скласти досить велику кількість варіантів стратегічних дій.

В-сьомих, аналіз адміністративного управління в КП Ладижинський ЦПМСД дозволив виявити декілька основних проблем, одна із яких, це недоліки у плануванні робочого часу. Серед методів удосконалення управління можна виділити аналіз витрат робочого часу керівника установи та керівників її функціональних підрозділів. Для того, щоб раціональніше використовувати свій робочий час керівнику треба, насамперед, чітко усвідомлювати свої основні функції, цілі, завдання та бюджет часу. Для впорядкування планів дня пропонується метод «Альп». Цей метод охоплює п'ять етапів: 1) упорядкування завдань; 2) оцінювання тривалості дій; 3) формування резерву часу (співвідношення 60:40); 4) визначення пріоритетів у прийнятті рішень та визначення передоручень; 5) контроль обліку виконаної роботи.

В-восьмих, встановлено, що виявленню та мобілізації резервів покращення якості медичної допомоги у медичному закладі сприяє внутрішній аудит, який можна розглядати як функцію управлінського контролю. Положення про регламент проведення внутрішньої перевірки структурних відділень центру, які здійснюють медичну діяльність, затверджене керівником установи, є основним нормативним документом, розробленим всередині установи, для впровадження та здійснення внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності даної установи.

В-дев'ятих, система електронного документообігу дозволяє автоматизувати роботу з документами та раціонально використовувати співробітникам свого часу на роботу з документами. Розрахунки підтвердили доцільність впровадження електронного документообігу у закладі, оскільки впровадження системи електронного документообігу окупиться через 1,5 року і заклад зекономить в майбутньому кожного року майже 131 тис. грн.

В-десятих, нині в адміністративних відносинах дедалі важче використовувати примус, зовнішню винагороду і навіть власну компетентність керівника (так звану експертну владу). Соціально-економічні відмінності між начальником та його підлеглими можуть бути незначними. Стираються відмінності в освітньому та інтелектуальному рівні, зменшується матеріальна залежність від роботодавця. В цих умовах зростає значення соціально-психологічних методів управління. Кінцевою метою їх застосування є зміна трудової поведінки працівників, їх емоційного стану, когніцій та інтенцій. Інакше кажучи, йдеться про трансформацію наявних чи формування нових установок людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я. К: Міжнародна академія управління персоналом, 2007. 328 с.
2. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Державне управління*. 2020. №2. С.134-140.
3. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. №1(69). С.73-79.
4. Волошина Т.І. Методи управління закладами охорони здоров'я. *Сучасні тенденції розвитку науки, освіти, технологій та суспільства*. Зб. тез доповідей Міжнар. наук.-практ. конф. Полтава. 2023. С. 27-28.
5. Волошина Т.І. Удосконалення нормативно-правового регулювання адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті сучасної науки*. Матеріали IV Всеукр. студентс. наук. конф. Чернігів. 2023. С. 38-39.
6. Гапонова Е.О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг: дис. ... канд. екон. наук: 08.00.02. Харків. 2019. С.249. URL : <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/23939/3/%D0%B3%D0%B0%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%81.pdf> (дата звернення 15.11.2023)
7. Гиріна О. М. Використання інформаційних технологій в медичній практиці при підготовці сімейного лікаря. *Сімейна медицина*. 2011. № 3. С. 14-15.
8. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. 232 с.
9. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України № 411 від 25 квітня 2018 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF> (дата звернення 15.11.2023)

10. 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.
11. Комунальне підприємство «Ладизинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Ладизинської міської ради Вінницької області Гайсинського району. URL: <https://lad-c.pmsd.org.ua/> (дата звернення 12.11.2023)
12. Костін Ю.Д., Ткачова Т.С. Управлінські рішення та ефективність функціонування промислового підприємства. *Вісник ХНАУ. Серія: Економічні науки*. 2020. № 3. С. 275-286
13. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 2. С. 86-100.
14. Літвінов О.С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. *Ефективна економіка*. № 2. 2015. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5418> (дата звернення 20.01.2024)
15. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 25.01.2024). DOI: [10.32702/2307-2156-2018.11.22](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2018.11.22)
16. Михайловська Н. С. Основні принципи організації терапевтичної допомоги при захворюваннях внутрішніх органів: навч. посіб. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 213 с.
17. Науковий менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment> (дата звернення 20.01.2024)
18. Первинна медична допомога: посібник у 2 т.; за ред. Л.С. Бабинця. Львів: «Магнолія 2006». 2019. Т. 1. 580 с.
19. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи. Наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> (дата звернення 20.01.2024)

20. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України № 1101 від 27 грудня 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017> (дата звернення 20.01.2024)
21. 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.
22. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 95-98.
23. Славкова О. П., Соколов М.О. Механізми державної взаємодії в наданні якісних медичних послуг лікувальними закладами. *Наукові інновації та передові технології. Сер. «Державне управління»*. 2022. № 2(4). С. 240-251.
24. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладами охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2019. №3 (108). С.161-165.
25. Стратегія розвитку інформаційного суспільства в Україні. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 386-р від 15.05.2013 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-%D1%80> (дата звернення 20.11.2023)
26. Тепер офіційно функції керівника медзакладу розділили на управлінські і медичні. URL : <https://uteka.ua/ua/publication/news-14-novosti-zakonodatelstva-1-teper-oficialno-funkcii-rukovoditelya-meduchrezhdeniya-razdelili-na-upravlencheskie-i-medicinskie> (дата звернення 20.11.2023)
27. Тулай О., Нитка С. Фінансування первинної медичної допомоги: реалії та проблеми імплементації Британського досвіду в Україні. *Світ фінансів*. 2021. № 4(69). DOI: 10.35774/sf2021.04.039
28. Черненко К.П., Семененко Г.М., Луконін О.В. Оцінка фінансового стану медичного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. №12. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.12.105
29. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1 (87). С. 45-49.

30. Яремчук О.В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №24. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/24_2018/26.pdf (дата звернення 15.11.2023)
31. Aartsen W, Peeters P, Wagers S. and Williams-Jones B. (2018) Getting Digital Assets from Public Private Partnership Research Projects through “The Valley of Death,” and Making Them Sustainable. *Front Med (Lausanne)*. Mar 9;5:65. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29594123/>.
32. Fichera E., Pezzino M. (2017) Pay for performance and contractual choice: the case of general practitioners in England. *Health Econ. Rev.* № 7 (1). P. 6. doi:10.1186/s13561-017-0142-x.
33. Humphrey R. H. (2002) The many faces of emotional leadership. *The Leadership Quarterly*. Vol. 13, no. 5. P. 493–504
34. Lieberman M. (2003) Reflexive and reflective judgment process: A social cognitive neuroscience approach. In *Social judgment: implicit and explicit process*. Cambridge : Cambridge Univ. Press, pp. 44-67.
35. Giezendanner S., Jung C. and Banderet H. R. (2017) General Practitioners’ Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross Sectional Survey. *PLoS One*. № 12 (2). doi : 10.1371/ journal.pone.0170168
36. Kirk P. The Ingraining and Terminal Evaluation of a Family Physician’s Predominance / *Family medicine and the problems of training family physicians. Proceeding of International Soviet / Canadian Seminar in Vladikavkaz, North Ossetia, may 28–30, 1991* p. 71–73.
37. Stoffers J. The promise of eHealth for primary care: Opportunities for service delivery, patient-doctor communication, self-management, shared decision making and research (2018). *European Journal of General Practice*. Vol. 24, iss. 1. P. 146–148. <https://doi.org/10.1080/013814788.2018.1449779> (дата звернення 12.10.2023)