

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЗАОЧНО-ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ  
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

магістра

Освітній рівень

на тему: «Управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації (на прикладі КНП «Війтівецький ЦПМСД», с.Війтівці)»

Галузь знань	<u>07 Управління та адміністрування</u> Шифр і назва галузі знань
Спеціальність	<u>073 Менеджмент</u> Шифр і назва спеціальності
Освітня програма	<u>Бізнес-адміністрування</u> Шифр і назва спеціальності

ДРБА. 013479.00.00.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група МО(в,мб)з –2	_____	<u>Ю.Д. Насиров</u>
	Підпис	Ініціали, прізвище

Керівник		
канд.економ.наук, доц.	_____	<u>Т. В. Назарчук</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище

Нормоконтролер		
	_____	<u>О.М.Косіюк</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Завідувач кафедри

канд.економ.наук, проф.	_____	<u>Н. М. Тюріна</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

Хмельницький, 2020

Хмельницький національний університет

Факультет НЦЗДО

Кафедра Економіки, менеджменту та адміністрування

Освітній рівень магістр

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр, назва

Спеціальність 073 «Менеджмент» ОП «Бізнес-адміністрування»

Шифр, назва спеціальності та освітньої програми

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

З А В Д А Н Н Я  
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ

\_\_\_\_\_ Насиров Юрій Джавдатович \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи Управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації (на прикладі КНП «Війтівецький ЦПМСД», с.Війтівці)

керівник роботи \_\_\_\_\_ Назарчук Т.В., к.е.н., доц. \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від \_\_\_\_\_ 202\_\_ р. № \_\_\_\_\_

2. Строк подання студентом роботи на кафедру \_\_\_\_\_ грудень 2020 року \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи Закони України, нормативні акти щодо регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, наукові статті, монографії, підручники, навчальні посібники, ресурси мережі Інтернет з питань управління ефективністю діяльності медичних закладів

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1. Теоретико-методичні засади управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації 2. Дослідження стану та ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» 3. Формування системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) Таблиця - Визначення категорії «економічна ефективність»; Рисунок - Взаємозв'язок понять «ефективність» - «результативність» - «економічність»; Рисунок - Взаємозв'язок економічної, медичної та соціальної ефективності; Таблиця - Визначення поняття «управління ефективністю»; Рисунок - Основні етапи циклу управління ефективністю;

Таблиця – Основні показники діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»;  
Рисунок– Структура працюючих КНП «Війтівецький ЦПМСД»; Рисунок –  
Динаміка зміни середньої заробітної плати працівників КНП «Війтівецький  
ЦПМСД»; Рисунок - Карта Жданівської об'єднаної територіальної громади;  
Таблиця – Склад КНП «Війтівецький ЦПМСД»; Рисунок – Модель системи  
управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП  
«Війтівецький ЦПМСД»; Рисунок– Інструмент EUROPER для оцінки  
пацієнтами якості роботи лікарів; Таблиця – Очікуваний ефект  
впровадження заходів на результативність діяльності КНП «Війтівецький  
ЦПМСД»-----

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичний	Назарчук Т.В.		
Аналітичний	Назарчук Т.В.		
Проектний	Назарчук Т.В.		

7. Дата видачі завдання 05.09.2020

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Отримання завдання на дипломну роботу	Вересень 2020	
2.	Підбір та опрацювання наукової літератури, аналіз звітності підприємства	Вересень 2020	
3.	Підготовка плану виконання дипломної роботи	Вересень 2020	
4.	Підготовка теоретичного розділу дипломної роботи	Жовтень 2020	
5.	Підготовка аналітичного розділу дипломної роботи	Листопад 2020	
6.	Підготовка проектного розділу дипломної роботи	Листопад 2020	
7.	Підготовка вступу, висновків	Грудень 2020	
8.	Проходження нормоконтролю	Грудень 2020	
9.	Попередній захист дипломної роботи	Грудень 2020	
10.	Виправлення зауважень	Грудень 2020	
11.	Захист дипломної роботи	Грудень 2020	

Студент

\_\_\_\_\_

Підпис

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

\_\_\_\_\_

Підпис

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

## АНОТАЦІЯ

Насиров Ю. Д. Управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації (на прикладі КНП «Війтівецький ЦПМСД»). Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри ЕМА Назарчук Т. В. Дипломна робота магістра: 107 с., 15 рисунків, 25 таблиць, 45 джерел посилання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** УПРАВЛІННЯ, РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, ПОТЕНЦІАЛ ПІДПРИЄМСТВА, МЕДИЧНА ОРГАНІЗАЦІЯ, ТЕХНОЛОГІЯ УПРАВЛІННЯ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ.

Досліджено теоретико-методичні засади управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації. Досліджено визначення поняття ефективності як економічної категорії. Розглянуто сутність ефективності діяльності підприємств в системі охорони здоров'я та визначено підходи до аналізу ефективності медичних організацій. Зосереджено увагу на теоретичних аспектах управління ефективністю діяльності медичних організацій

Здійснено оцінку стану та ефективності системи охорони здоров'я України. Здійснено аналіз показників фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД». Виконано оцінку ефективності діяльності досліджуваного підприємства.

Визначено та обґрунтовано основні напрямки управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД». Запропоновано систему заходів щодо управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичного закладу КНП «Війтівецький ЦПМСД»: здійснення моніторингу доступності первинної медичної допомоги; оцінки пацієнтами діяльності центру первинної медико-санітарної допомоги та оцінки показників розвитку ПМСД.

## ЗМІСТ

	Стор
ВСТУП	4
.....	
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ.....	7
.....	
1.1 Дослідження та аналіз визначення ефективності як економічної категорії.....	7
.....	
1.2 Сутність ефективності діяльності підприємств в системі охорони здоров'я.....	14
.....	
1.3 Методичні підходи до аналізу ефективності медичних організацій...	20
1.4 Теоретичні аспекти управління ефективністю діяльності медичних організацій.....	29
.....	
Висновки до першого розділу.....	32
2 ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВІЙТІВЕЦЬКИЙ ЦПМСД».....	34
2.1 Аналіз стану та ефективності системи охорони здоров'я України.....	34
2.2 Загальна характеристика досліджуваного підприємства.....	42
2.3 Аналіз і оцінка показників фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД».....	48
2.4 Аналіз фінансового стану КНП «Війтівецький ЦПМСД».....	54
2.5 Оцінка ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД».....	57
2.6 Стратегічний аналіз діяльності підприємства.....	65
.....	
Висновки до другого	67

розділу.....	
3 ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВІЙТІВЕЦЬКИЙ ЦПМСД».....	68
3.1 Розробка моделі системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтiвецький ЦПМСД».....	68
3.2 Впровадження інструменту EUROPER для оцінки пацієнтами якості роботи лікарів КНП «Війтiвецький ЦПМСД».....	80
3.3 Обґрунтування заходів щодо забезпечення доступності надання первинної допомоги КНП «Війтiвецький ЦПМСД».....	86
Висновки до третього розділу.....	97
ВИСНОВКИ.....	98
.....	
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	102
.....	
ДОДАТКИ.....	107
.....	

# 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

## 1.1 Дослідження та аналіз визначення ефективності як економічної категорії

Поняття «ефективність діяльності підприємства», в сучасних ринкових умовах, займає одну з важливих характеристик доходності бізнесу та результативності управління компанією, що сприяє її подальшому функціонуванню та розвитку.

Для того, щоб охарактеризувати економічну ефективність діяльності підприємств, перш за все, доцільно представити теоретичні аспекти таких понять як «ефект», «ефективність», «результативність» та «ефективність діяльності».

На перший погляд всі ці поняття є однаковими, проте, це не так, оскільки кожне з них має різну економічну сутність та методологічний інструментарій аналізу і оцінювання.

Ефективність, як економічна категорія надає змогу провести якісно-кількісну оцінку результатів господарювання. Вона займає одну з головних позицій в усіх процесах діяльності підприємства та його фазах: виробництві, розподілі, обміні та споживанні, виражаючись у діяльності будь-якої ланки на всіх рівнях, від окремої фірми до цілої галузі і економіки в цілому [3, с. 108].

Зазвичай під поняттям «ефективність» розуміється ступінь досягнення конкретних результатів. Ефективність – показник того, наскільки повно зусилля, витрачені суб'єктом управління і суспільством на розв'язання поставлених проблем, реалізовані в соціально значущих кінцевих результатах [4].

Зміст та розвиток поняття «ефективність» поступово зазнає змін та ускладняється в процесі свого розвитку. У зв'язку з цим існує безліч спроб дати визначення категорії «економічна ефективність» [5, с. 83-86; 6, с. 98] (табл. 1.1).

Виходячи з наведених визначень, можна стверджувати, що ефективність – це співвідношення отриманого результату до витрат та є лише вираженням, коефіцієнтом, який характеризує міру віддачі від вкладених коштів.

Таблиця 1.1 - Визначення категорії «економічна ефективність»

Джерело	Трактування
1	2
Великий економічний словник	Ефективність – здатність приносити ефект, здійснювати вплив. Економічна ефективність – результативність економічної діяльності, економічних програм і заходів, що характеризуються відношенням отриманого економічного ефекту, результату до витрат факторів, ресурсів, які обумовили отримання даного результату, досягнення найбільшого обсягу виробництва з використанням ресурсів певної вартості
С. Ейлон, Б. Голд, Ю. Сьозан	Під ефективністю, як правило розуміють продуктивність, яка визначається відношенням випуску до витрат.
П. Друкер	Ефективність – сукупність різних соціально-економічних процесів та явищ. Які пов'язані з досягненням результату та раціональним використанням ресурсів
Д. Скотт Сінк	Ефективність (дієвість) – це ступінь досягнення системою поставлених перед нею цілей, ступінь завершення потрібної роботи.
А.М. Матлін	Ефективність у самому загальному вигляді можна виразити як відношення результатів виробництва до ресурсів необхідних для їх досягнення.
В. Батрасов	Ефективність виражає виробничі відносини, які формуються між людьми з приводу більш результативного господарювання на базу суспільної власності та планомірного використання ресурсів.
Л. Мельник, А. Карінцева	Ефективність визначається відношенням результату (ефекту) до витрат, що забезпечують його отримання. Економічна ефективність – це вид ефективності, який характеризує

Джерело	Трактування
1	2
	результативність діяльності економічних систем (підприємств, територій, національної економіки). Основною особливістю таких систем є вартісний характер засобів (витрат) досягнення цілей (результатів), а в ряді випадків і самих цілей (а саме, отримання прибутку)
Андрійчук Р В.	Економічна ефективність - відношення між отримуваними результатами виробництва - продукцією і матеріальними послугами, з одного боку, і витратами праці та засобів виробництва - з іншого
Савенко Н. В.	Економічна ефективність - результат виробничої діяльності, що виражається у вигляді співвідношення між підсумками господарської діяльності та витратами ресурсів

Згідно значення ефективності, «ефект» – це результат реалізації заходів, спрямованих на підвищення ефективності виробництва за рахунок економії та раціонального використання всіх виробничих ресурсів [7].

В табл. 1.1 ми бачимо, що багато авторів ототожнюють поняття ефекту та результату, що призводить до змішування сутності двох понять «ефективність» та «результативність». Дані поняття ототожнити неможливо, оскільки перша категорія виражає собою дійсну сукупність властивостей та параметрів підприємства, які виражають якість його роботи, економічність використання ресурсів, раціональність організації технологій виготовлення продукції, повноту використання обладнання та робочого часу, продуктивності праці тощо. У цей же час під результативністю розуміють корисність (доцільність) діяльності підприємства. Тобто конкретні результати, що задовольняють потреби.

Як зазначав Пітер Друкер [8], існує смислова відмінність між ефективністю та результативністю: «результативність» (effectiveness) означає «робити правильні речі» (doing the right things), а «ефективність» (efficiency) – «робити речі правильно» (doing thing sright). Подібне розділення він виводить з різного написання і вимови однокореневих слів. Однак, у всіх словниках і «effectiveness» і «efficiency» переводяться як «ефективність», що свідчить, на наш погляд, про наявність двох різних форм ефективності.

Таким чином, можна зробити висновок, що ефективність розглядається, як більш ширше поняття, ніж результативність.

Переважно оцінювання ефективності зводиться до оцінювання ефективності діяльності підприємства. Так, на основі зарубіжного досвіду оцінки ефективності діяльності підприємств, можна використати методику «Концепція трьох «Е» (economy, efficiency and effectiveness) – модель економічності, ефективності та результативності діяльності, яка і є рушійною силою ефективного функціонування вітчизняних підприємств на ринку.

1. Економічність (economy) – означає використання належної кількості ресурсів відповідної якості у належний час, у необхідному місці, за розумну ціну – тобто правильне витрачання.

2. Ефективність (efficiency) – співвідношення між продуктом у вигляді наданих товарів (послуг) та ресурсами, використаними на їх створення.

3. Результативність (effectiveness) – ступінь відповідності досягнутих результатів поставленій меті, погодження використаних засобів і результатів з поставленою метою [9, с. 32–33].

Взаємозв'язок понять «ефективність – результативність – економічність» представлено на рис. 1.1.

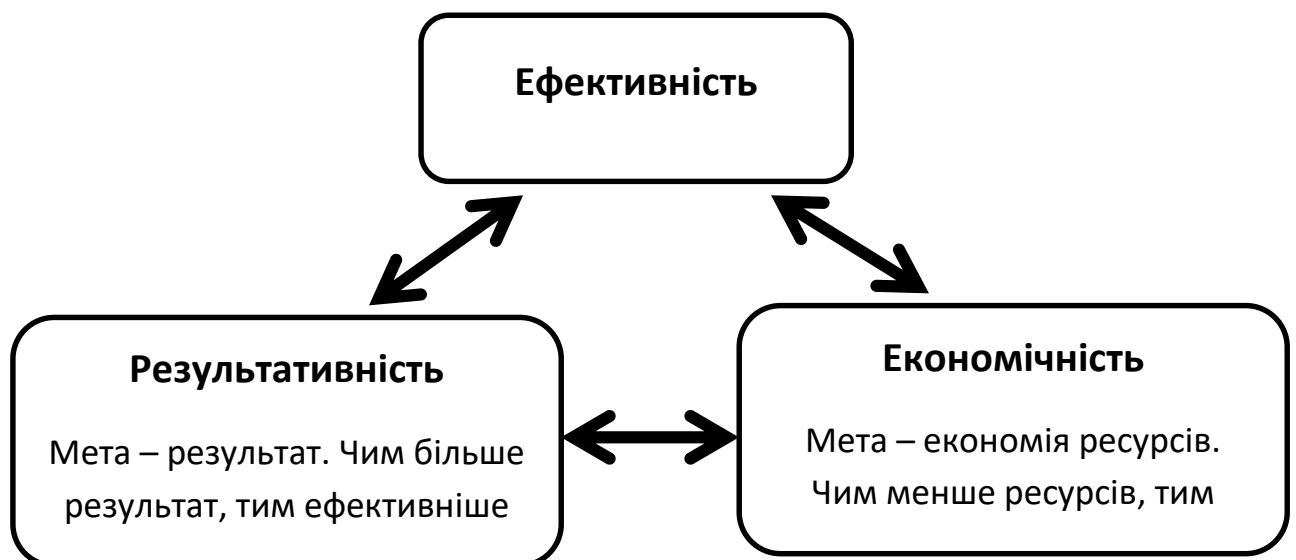


Рисунок 1.1 - Взаємозв'язок понять «ефективність» – «результативність» – «економічність» [10, с. 35]

Лише при умові чіткого розуміння поняття «ефективності», його можна використовувати та застосовувати при прийнятті управлінських рішень, для досягнення успіху в операційній діяльності підприємства.

Практичне застосування понять економічність, ефективність та результативність нерідко пов'язано з певними труднощами їх чіткого розмежування.

Вихідним моментом оцінки діяльності є характеристика витрачених зусиль через категорію економічності (economy), яка пов'язана з визначенням масштабів використаних ресурсів для забезпечення якісної діяльності в необхідних обсягах.

Як характеристика якості й успішності діяльності ця категорія має обмежене значення й презентує лише "валовий", об'ємний підхід до цієї проблеми, але при цьому дає базову інформацію для визначення переважної кількості інших індикаторів. Мірою зусиль є кількість фінансових, матеріальних, людських, часових та інших ресурсів, які витрачаються в процесі діяльності для досягнення певного результату. Окрім того, до цієї категорії належать індикатори, що характеризують масштаб діяльності й загальний обсяг попиту на певний вид діяльності

Фінансові міри витрат характеризують складові собівартості та ціни продукції чи послуг у грошовому вимірі: заробітну плату персоналу, вартість матеріалів та інших предметів праці, вартість послуг сторонніх контракторів, амортизацію обладнання й т. ін. Ці індикатори можуть мати абсолютний чи відносний вигляд.

Нефінансові міри витрат характеризують витрати окремих видів ресурсів у натуральному вираженні й теж можуть мати абсолютний чи відносний вигляд. Ці індикатори можуть бути базою для порівняння в різні періоди часу або в різних організаціях

Результативність (effectiveness) - характеризує дієвість, досягнення, ступінь завершення системою потрібної роботи й реалізації встановлених

цілей.

Результативність - це вміння робити "правильні" або "потрібні" речі, а для її оцінки можна застосувати три критерії:

- Чи робимо ми всі потрібні речі ("кількість", "портфель" товарів та послуг)?
- Чи робимо ми потрібні речі відповідно до заздалегідь установлених вимог ("якість")?
- Чи робимо ми потрібні речі вчасно ("своєчасність")?

Тобто оцінка досягнень вказує, що було зроблено внаслідок здійснених зусиль і витрат ресурсів.

Можна класифікувати досягнення на два типи - продукт (output) і наслідки (outcome). Продукт оцінюється показниками, які характеризують кількісну, об'ємну сторону досягнень.

В деяких випадках відповідність вимогам якості перетворює індикатор продукту в індикатор результату. Кінцеві результати вимірюються наслідками реалізації продукту. Мірами результату є показники досягнень, які можливо розглядати як наслідок громадського (суспільного) сприйняття успішності діяльності.

Міри результату є досить корисними, коли вони подані в динаміці: у порівнянні з попередніми роками, з визначеними для організації цілями, з загально прийнятими нормами та стандартами, з досягненнями інших організацій. Іноді як результат можуть бути враховані вторинні непрямі ефекти діяльності.

Під час визначення таких ефектів виникають особливі методологічні труднощі, тому що, зокрема, часто неможливо встановити прозору кореляцію між вторинними ефектами й конкретним видом діяльності внаслідок існування зовнішніх ефектів, що впливають на кінцевий суспільний результат.

Зіставлення досягнень із зусиллями реалізується через поняття ефективності.

Ефективність (efficiency) - це вміння робити речі "правильно", співвідношення між "виходом" системи, її результатом та "входом", ресурсами, що витрачені на досягнення результату, тобто це "ціна" результату. Можна вважати, що найвища ефективність відповідає найкращому способу дій.

Показники ефективності будуються як коефіцієнти, які відносять продукт діяльності до вхідних ресурсів, зусиль (тобто до внеску), і вимірюють витрачений обсяг ресурсів або їх вартість на одиницю продукту. Вони демонструють відносну ефективність організації порівняно з попередніми результатами або з іншими організаціями, з попередньо визначеними показниками, із загально прийнятими нормами й стандартами.

Індикатори вартість-досягнення порівнюють зусилля з результатами надання послуги, тобто характеризують обсяг чи вартість витрачених ресурсів на одиницю результату.

Очевидно, що зазначені категорії оцінки діяльності й управління певною мірою можуть перехрещуватися, тому часто неможливо здійснити однозначний розподіл індикаторів серед них. Проте вони відіграють дуже важливу методологічну роль, комплексно орієнтуючи управління й діяльність на досягнення найкращих суспільних результатів.

Виходячи з викладеного, слід підтримати думку В. О. Літвінової про те, що «результативність» – це перетворена форма «ефективності» [11]. У тому випадку, коли необхідно оцінити ступінь досягнення результату, ефективність приймає форму «результативності», тоді ж, коли мова йде про мінімізацію ресурсів, можна говорити про «економічність», а рівень впливу кожного ресурсу на кінцевий результат представляє собою «продуктивність» [12].



## 1.2 Сутність ефективності діяльності підприємства в системі охорони здоров'я

Ефективність управлінської діяльності в будь-якій галузі в остаточному підсумку вимірюється тим, якою мірою досягається мета.

Проте, поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні самої кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

Ефективність системи охорони здоров'я, його служб і окремих заходів вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності.

Розрахунок показників ефективності охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками:

1. По виду ефективності: медична, соціальна, економічна.
2. За рівнем: рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів; рівень роботи галузі охорони здоров'я; рівень народного господарства.
3. По етапах або розділами роботи: на етапі попередження

захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації.

4. За обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм.

5. За способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати.

6. За витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живої і суспільної праці.

7. За формою показників: нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; вартісні показники.

Ефективність закладу охорони здоров'я не може бути визначена однозначно. Стосовно охорони здоров'я, визначаються три типи ефективності: медична; економічна; соціальна (табл.1.2). Пріоритет віддається медичному та соціальному.

Таблиця 1.2 – Типологія ефективності в охороні здоров'я

Типи ефективності	Характеристика
Медична	Ступінь досягнення медичного результату. Відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності.
Соціальна	Ступінь досягнення соціального результату. Відносно конкретного хворого - це повернення його до праці та активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї галузі – це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.
Економічна	Співвідношення отриманих результатів і витрат. Розглядається в двох напрямках: по-перше, ефективність використання різних видів ресурсів, по-друге, з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому.

На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших заходів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними є медична та соціальна ефективність. Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок і взаємообумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату. Відносно одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я і галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення.

Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності.

Медичне втручання може бути більш результативним, якщо науковий рівень і практика його проведення забезпечують найкращий результат медичної допомоги при найменших витратах всіх видів ресурсів. Але навіть при ідеальній якості медичної праці може бути не досягнута кінцева мета – здоров'я людини.

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату. Відносно конкретного хворого - це повернення його до праці та активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї галузі – це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.

Економічна ефективність – це співвідношення отриманих результатів і витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком

найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідним складовим ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів та структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення [7].

Економічна ефективність в охороні здоров'я розглядається в двох напрямках: по-перше, ефективність використання різних видів ресурсів, по-друге, з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому.

Оцінюючи як загальну ефективність, так і соціальну ефективність управління в системі охорони здоров'я і взагалі підходячи до суспільної ефективності управління слід, окрім такого поняття, як суто «якість управління», враховувати й такі категорії, як якість і рівень життя громадян, що є інтегральним показником загальної соціальної ефективності державного управління.

Особливість охорони здоров'я полягає в тому, що нерідко медичні заходи лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідні, однак медичний і соціальний ефект вимагає їх проведення. Так, при організації медичного обслуговування літніх людей з хронічними і дегенеративними захворюваннями, хворих з розумовою відсталістю тощо при явній медичній та соціальній ефективності економічний ефект буде негативним. При використанні сучасних медичних препаратів, інтенсивної терапії та реанімації досягається медичний і соціальний ефект – зберігається людині життя, проте він може стати інвалідом і позбутися можливості займатися суспільно-корисною працею.

Економічна ефективність в охороні здоров'я не може бути визначальною при виборі тих чи інших засобів профілактики, лікування, організаційних форм надання медичної допомоги. Проте критерії економічної ефективності – поряд з медичною та соціальною ефективністю – можуть допомогти у встановленні черговості проведення тих чи інших заходів в умовах обмежених ресурсів.

Говорячи про ефективність роботи медичних установ, в даній роботі ми будемо мати на увазі, перш за все, економічну ефективність під якою будемо розуміти економічну категорію, що виражає здатність медичної установи досягати поставлених тактичних і стратегічних цілей з оптимальними витратами ресурсів, які найбільш повно забезпечують реалізацію економічних інтересів його власників. Її взаємозв'язок з медичною та соціальною ефективністю представлений на рис. 1.2.



Рисунок 1.2 - Взаємозв'язок економічної, медичної та соціальної ефективності

Таким чином, для підвищення соціальної ефективності управління галуззю і взагалі суспільної ефективності управління, що може бути визначена за допомогою співвідношення створених та спожитих суспільних благ, необхідно враховувати такі характеристики як продуктивність і якість, та впливати на них.

Підняти продуктивність функціонування соціальної системи можна за рахунок оптимізації функціонального підходу до процесу управління системою, шляхом удосконалення підходів до використання його складових: планування, організації, мотивації, контролю.

У медицині немає чіткого взаємозв'язку між кількістю витраченої лікарем праці та кінцевим результатом. Не завжди зекономлена за рахунок відновлення здоров'я праця більше вкладеної лікарем на одну і ту ж величину. Наприклад, при однаковій патології на літню людину буде витрачено більше часу і коштів, ніж на молодого, а результат може бути неоднозначним.

Для розуміння особливостей прояву економічної ефективності в охороні здоров'я вельми цікавим є аналіз ефективності послідовних витрат праці медичних працівників. Найбільш ефективними є початкові витрати праці на рівні, що забезпечує перелом в ході хвороби. Наступні витрати сприяють прискоренню одужання, але, в принципі, вони вже не є настільки ефективними, як початкові.

Отже, підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я повинно передбачати забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики розвитку системи охорони здоров'я; удосконалення форм організації всіх ланок системи охорони здоров'я; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у сферу охорони здоров'я та мотивацію праці медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я.

### 1.3 Методичні підходи до аналізу ефективності діяльності медичних організацій

Визначення показників ефективності охорони здоров'я досить складна проблема, так як на різних рівнях надання медичних послуг можуть бути свої пріоритети.

Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідною складовою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів і структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення.

Економічна ефективність в охороні здоров'я розглядається в двох напрямках: як ефективність використання різних видів ресурсів та з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому. Економічні аспекти охорони здоров'я не мають на меті зменшення витрат на охорону здоров'я, а пошук шляхів і методів їх раціонального використання. Для визначення економічної ефективності охорони здоров'я використовується економічний аналіз, який полягає в зіставленні витрат і отриманого ефекту.

Методичні підходи до визначення економічної ефективності системи охорони здоров'я ґрунтуються насамперед на визначенні вартості окремих видів медичних заходів, а також величини збитку, що наноситься тими чи іншими захворюваннями. Вартісні показники лежать в основі визначення економічної ефективності системи охорони здоров'я. У конкретних розрахунках ця ефективність може вимірюватися часткою від ділення суми, що відбиває вигоду (економічний ефект) від даного заходу, на суму витрат на нього.

Під економічним ефектом зазвичай розуміють відвернений економічний збиток, тобто той збиток, який вдалося запобігти в результаті

застосування комплексу медичних заходів.

Економічний ефект в охороні здоров'я – один з результатів діяльності організації охорони здоров'я, який виражається в показниках прибутку або збитків і визначається як різниця між доходами і витратами.

Економічний ефект визначається як різниця між економічними збитками внаслідок захворювання або смертності до і після застосування лікувально-профілактичних заходів.

Показники ефективності повинні відповідати наступним вимогам: мати кількісне вираження, бути простими в розрахунку, мати доступну і надійну інформаційну базу.

Економічна ефективність означає найкраще використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів суспільства для прискорення досягнення його цілей [13].

Економічну ефективність можна розрахувати за формулою:

$$K_e = \frac{\text{Економічний ефект}}{\text{Економічні витрати, пов'язаний з медичною програмою}}. \quad (1.1)$$

Медична ефективність розраховується за формулою:

$$K_m = \frac{\text{Число випадків досягнутих медичних результатів}}{\text{Число оцінюваних випадків}}. \quad (1.2)$$

Соціальна ефективність розраховується за формулою:

$$K_m = \frac{\text{Число випадків задоволеності пацієнта медичною допомогою}}{\text{Число оцінюваних випадків}}. \quad (1.3)$$

При оцінці отриманих показників ефективності можна виходити з таких критеріїв:

1) еталона показника, до якого повинні прагнути працівники системи охорони здоров'я ( $K = 1$ ), а в разі економічної ефективності ( $K > 1$ );

2) середнього показника для лікувально-профілактичного закладу, відділення, регіону в цілому;

3) динаміки даного показника у конкретного лікаря, у відділенні, в лікувально-профілактичному закладі [14].

Також можна розрахувати коефіцієнт співвідношення вигоди до вартості ( $K_{b/c}$ ) за такою формулою:

$$K_{b/c} = \frac{\text{Вигоди (грн)}}{\text{Витрати (грн)}} \quad (1.4)$$

Може бути декілька варіантів результатів:

$K_{b/c} > 1$  — вигода перевищує витрати, а тому метод лікування (профілактики) є вигідним;

$K_{b/c} = 1$  — вигода еквівалентна витратам;

$K_{b/c} < 1$  — вигода менша за витрати, а тому метод лікування (профілактики) є невигідним.

При порівнянні двох або декількох методів лікування (профілактики) оптимальним вважають той, для якого значення  $K_{b/c}$  буде вищим, тобто той, який дає більшу вигоду.

Мірою внутрішньої ефективності охорони здоров'я є величина і якість благ охорони здоров'я па одиницю витрат, або кількість витрат на одиницю „продукції” (медичної допомоги та санітарно-епідеміологічного обслуговування). При цьому безпосередніми результатами праці медичних працівників є ті блага, які задовольняють потреби населення в медичній допомозі. Кінцеві ж результати (стан здоров'я населення) залежать не тільки від безпосередніх результатів діяльності (лікарське втручання, лікарняне ліжко тощо), але і від умов споживання медичної «продукції» (біологічні, генетичні фактори, соціально-економічні умови, психологічні чинники тощо).

Показниками зовнішньої економічної ефективності охорони здоров'я є

загальний економічний ефект, отриманий в народному господарстві в результаті проведення тих чи інших заходів, а також очікуваний потенційний економічний ефект від розроблювальних для впровадження заходів. Заходи щодо охорони здоров'я населення впливають як на збільшення результатів виробництва, що може бути виражено збільшенням

Виділяють прямий і непрямий економічний ефект.

Прямий економічний ефект обумовлений поліпшенням методики або організації того чи іншого заходу, провідним до його здешевлення. Наприклад: впровадження нових форм організації праці медичних працівників і надання медичної допомоги (відділення сестринського догляду, стаціонар одного дня, стаціонар вдома, денний стаціонар) веде до економії ліжкового фонду. Застосування більш дешевих і ефективних методів діагностики та лікування дозволяє знизити вартість лікування хворого і вартість одного ліжка-дня.

Непрямий економічний ефект є наслідком медичного і соціального ефекту, тобто це результат покращення профілактики і лікування, що в кінцевому рахунку веде до зменшення витрат за рахунок економії коштів на боротьбу із захворюваннями і до зниження економічного збитку у зв'язку з втратою працездатності та смертністю.

Розрізняють фактичний та очікуваний економічний ефект. При плануванні певного заходу обчислюють очікуваний ефект. При ретроспективному оцінюванні результатів визначають фактичний ефект.

Через захворюваність, втрату працездатності, передчасну смертність тощо суспільство зазнає економічних втрат (збитків). Тому економічну ефективність слід визначати як зменшення цих втрат (попереджений економічний збиток).

На практиці доцільно враховувати такі основні складові цих втрат:

- недоотримана нова вартість (втрати ВВП) чистої продукції окремих підприємств та галузей;
- виплати допомоги через тимчасову втрату працездатності та пенсій

по інвалідності за рахунок коштів Фонду соціального страхування населення;

- витрати держави на профілактику, діагностику, амбулаторне, стаціонарне, санаторно--курортне лікування, а також на реабілітацію.

Розмір збитку (З) через захворюваність працівників із тимчасовою втратою працездатності визначають за такою формулою:

$$З = НВ + П + Л, \quad (1.5)$$

де НВ — недовироблена нова вартість (втрати ВВП внаслідок тимчасової втрати працездатності);

П — виплати допомоги з приводу тимчасової втрати працездатності за рахунок коштів Фонду соціального страхування населення;

Л — витрати на діагностику та лікування.

Основні показники для визначення економічних витрат (втрат) за рахунок тимчасової непрацездатності наведені в таблиці 1.3.

Розрізняють також прямий і непрямий економічний збиток.

Прямий економічний збиток – це прямі витрати на лікування, профілактику, санітарно-епідеміологічне обслуговування, наукові розробки, підготовку медичних кадрів, виплату допомоги по тимчасовій непрацездатності та пенсій по інвалідності.

Непрямий економічний збиток – це економічні втрати, пов'язані зі зниженням продуктивності праці, невиробленої продукції і зниженням національного доходу на рівні народного господарства в результаті хвороби, інвалідності або передчасної смерті. Найбільш відчутний економічний збиток серед працездатного населення внаслідок тимчасової або стійкої непрацездатності. Працівник, що втратив працездатність, не бере участь у

Особливість охорони здоров'я полягає в тому, що часто медичні заходи

лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідними, однак медичний і соціальний ефект передбачає їх проведення (наприклад при організації медичного обслуговування людей похилого віку з хронічними та дегенеративними захворюваннями, хворих із розумовою відсталістю тощо).

Таблиця 1.3 – Основні показники для визначення економічних витрат (втрат) за рахунок тимчасової непрацездатності [15]

Група	Показники
I. Показники, що характеризують втрати ВВП через втрату працездатності (тимчасову, постійну) або смерть	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Середній час невиходу працівника на роботу у днях або роках.</li> <li>2. Середній розмір ВВП, що створює один працівник країни (підприємства) за один робочий день або за рік</li> </ol>
II. Показники, що характеризують виплати допомоги через тимчасову втрату працездатності та пенсій по інвалідності за рахунок коштів Фонду соціального страхування	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Середня кількість днів (років) непрацездатності через хворобу.</li> <li>2. Середній розмір допомоги, виплаченої за один день із тимчасовою втратою працездатності.</li> <li>3. Середній розмір річної пенсії по інвалідності I, II і III групи</li> </ol>
III. Витрати держави на профілактику, діагностику, амбулаторне та стаціонарне лікування та реабілітацію	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Витрати на профілактику та діагностику: середній розмір витрат на профілактичний захист у розрахунку на одну людину; середня вартість одного діагностичного дослідження; кількість досліджень, необхідних для встановлення діагнозу одній людині.</li> <li>2. Витрати на амбулаторне лікування: середня кількість відвідувань хворим поліклініки, середня кількість відвідувань хворого на дому та середня кількість процедур; середня вартість одного відвідування поліклініки, середня вартість одного відвідування на дому та середня вартість однієї процедури; середня вартість медикаментозного забезпечення одного випадку захворювання.</li> <li>3. Витрати на стаціонарне лікування: середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (X); середня вартість одного ліжка дня перебування у стаціонарі (K).</li> <li>4. Витрати на санаторно-курортне лікування: середня тривалість перебування хворого у</li> </ol>

	санаторії; середня вартість одного дня перебування у санаторії
--	--

Для розуміння особливостей прояву економічної ефективності в охороні здоров'я використовують аналіз ефективності послідовних витрат праці медичних працівників. Найбільш ефективними є первинні витрати праці на етапі, що забезпечує перелом у перебігу хвороби. Подальші витрати сприяють прискоренню одужання, але вони вже не є настільки ефективними, як спочатку.

Методичні підходи до визначення економічної ефективності охорони здоров'я ґрунтуються насамперед на визначенні вартості окремих видів медичної допомоги та санітарно--епідеміологічного обслуговування, а також величини збитку, що завдають певні захворювання [15].

Економічний аналіз діяльності медичних установ проводиться за наступними напрямками: використання основних фондів; ефективність використання ліжкового фонду; ефективність використання медичного обладнання; оцінка фінансових витрат; використання медичного та іншого персоналу. Поряд з цим розраховуються також наступні основні економічні показники: загальний економічний збиток у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю і смертністю; відвернений економічний збиток; критерій економічної ефективності медичної допомоги [16].

Аналіз використання основних фондів лікувального закладу включає в себе розрахунок таких показників як: фондоозброєність праці персоналу; фондоозброєність медперсоналу; фондovіддача по стаціонару; фондovіддача по поліклініці; фондомісткість по стаціонару. Ефективність використання ліжкового фонду стаціонару характеризується такими основними показниками як обіг лікарняного ліжка; функція лікарняного ліжка; його середньорічна зайнятість та середній час простою; виконання плану ліжко-днів; економічні втрати від недовиконання плану; середня тривалість перебування хворого в стаціонарі. Аналіз ефективності використання медичного обладнання включає в себе розрахунок коефіцієнтів календарного

обслуговування та змінюваності. Аналіз фінансових витрат є одним з важливих розділів економічного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я. До таких показників належать: структура фінансових витрат по установі; вартість лікування в стаціонарі; вартість медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних закладах. Для аналізу ефективності використання медичних кадрів лікувально-профілактичного закладу розраховуються наступні показники: кількість медичних працівників поліклініки та стаціонару відповідно на 1000 жителів; показник співвідношення чисельності лікарів і середніх медпрацівників та ін. Підвищення уваги до раціонального використання медичних кадрів дозволяє забезпечити відносно скорочення витрат на охорону здоров'я. Загальний економічний збиток у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю і смертністю складається з вартості нествореної продукції, що обумовлено зменшенням кількості працюючих з урахуванням середнього розміру національного доходу, виробленого одним працюючим за робочий день; виплат допомоги з непрацездатності за рахунок коштів соціального страхування і соціального захисту; коштів, витрачених на медичну допомогу. Відвернений економічний збиток складається зі зниження випадків і тривалості непрацездатності, а також зменшення витрат на медичну допомогу. Його розмір визначається як різниця між економічним збитком першого та кожного наступного року. Не менш важливим є критерій економічної ефективності, який визначається як співвідношення розміру відверненого економічного збитку до об'єму витрачених коштів.

Істотну роль при оцінці ефективності грають інформаційні системи. Оцінка діяльності закладів охорони здоров'я може бути проведена на підставі державних форм статистичної звітності. На підставі абсолютних цифр, представлених в статистичних таблицях звіту, обчислюються показники і коефіцієнти, за допомогою яких аналізується діяльність установи. Показники економічного аналізу діяльності лікувального закладу доцільно порівнювати в динаміці за кілька років, а також з показниками однотипних установ.

Зібрана органами управління охороною здоров'я медична статистика надає багатий інструментарій для розробки показників ефективності. Детальна медико-демографічна інформація та відомості про надані медичні послуги можуть бути отримані з звітних форм, що складаються установою і органами управління охороною здоров'я. Докладні дані про використання фінансових ресурсів також можуть бути надані медичними установами.

Проте ряд показників ефективності медичних послуг не представлений в рамках системи державної статистики. Такі показники відносяться перш за все до медико-соціальної ефективності послуг охорони здоров'я і відображають якість медичної допомоги. На думку науковців [17], необхідна розробка системи індикаторів ефективності, що характеризують ступінь досягнення поставлених цілей. При розробці методик моніторингу та оцінки, в першу чергу, повинні бути визначені індикатори, які використовуються для оцінки досягнення результатів. Ці показники повинні відображати діяльність з надання даної послуги, вимірювати результат діяльності з надання послуги, бути вимірюваними з точки зору проведення оцінки та досяжними протягом звітного тимчасового періоду. Використання інтегральних індексів ефективності дозволяє враховувати безліч факторів, що впливають на кінцевий результат.

На даний час нормативно-правові документи не містять точних вказівок, на підставі яких вибираються індикатори ефективності. Проте, не дивлячись на труднощі в розробці єдиної системи індикаторів ефективності, комплексне використання інформації в системі охорони здоров'я в контексті підвищення економічної і соціальної ефективності медичної допомоги є дуже важливим.

Порівняльний кількісний аналіз індикаторів ефективності діяльності різних лікувально-профілактичних установ за підсумками конкретного року дозволяє відповісти на багато управлінські питання, але найбільш цінна інформація може бути отримана при проведенні моніторингу показників протягом декількох років. При цьому при практичних розрахунках

показників в якості нормативного значення повинні використовуватися стандарти якості та медико-економічні нормативи.

Методологічним інструментарієм підвищення рівня ефективності підприємства є методологія економічного аналізу, менеджменту, фінансового аналізу та маркетингу (зокрема: графічні, матричні, розрахункові, комбіновані та інші методи дослідження, які мають свої переваги та недоліки), а використання на практиці декількох з них одночасно є взаємодоповнюючим і вдосконалює результат оцінювання ефективності діяльності та розвитку підприємства.

Ефективність використання зазначеного методологічного інструментарію оцінювання ефективності діяльності та розвитку медичного підприємства розглянемо на прикладі КНП «Війтівецький ЦПМСД» в другому розділі дипломної роботи.

## 1.4 Теоретичні аспекти управління ефективністю діяльності медичних організацій

Для того щоб діяльність медичних підприємств та установ була ефективною і позитивно розвивалася, необхідний якісний менеджмент, здатний орієнтувати систему управління на отримання високих результатів з найменшими витратами ресурсів.

Медичний менеджмент – це застосування комплексу спеціальних принципів, підходів, методів і засобів управління організаціями системи охорони здоров'я різних форм власності, спрямована на задоволення наступних цілей:

- 1) максимізацію прибутку від комерційної медичної діяльності;
- 2) підвищення якості життя населення;
- 3) досягнення соціальної гармонії, пов'язаної з реалізацією права громадянина на якісну медичну допомогу;
- 4) підвищення доступності медичної допомоги [18].

Стосовно до медико-виробничої діяльності поняття «менеджмент» і «менеджер» (керівник) поширюється на такі процеси і осіб, керуючих цими процесами:

- управління виробничо-господарською діяльністю організацій сфери охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичні послуги;
- управління виробничою та ринковою підприємницькою діяльністю комерційних організацій охорони здоров'я з боку найманих керуючих, залучених власниками. В окремих випадках господар, власник справи, може виконувати і функції менеджера;
- безпосередньо управління медичним, допоміжним персоналом, який виконує послуги охорони здоров'я.

Оскільки нас цікавить питання управління ефективністю діяльності медичних організацій, зупинимось на сутності поняття «управління

ефективністю» [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27] (табл. 1.4).

Таблиця 1.4 - Визначення поняття «управління ефективністю»

Автори	Визначення	Підходи
М. Армстронг	систематичний і безперервний процес вдосконалення організаційної діяльності шляхом розробки показників ефективності окремих працівників і колективів	Процесний
С. Хетфілд	процес створення робочого середовища або обстановки, в якій люди мають можливість продемонструвати свої найкращі якості; цілісна робоча система, яка починається з моменту визначення завдань, і закінчується, коли працівник залишає організацію	Процесний, системний
А. Деніелс	науковий підхід до управління поведінкою, який знаходить своє коріння в поведінковому аналізі	Поведінковий
Ю. Бітіци та ін.	процес управління ефективністю організації	Процесний
Д. Вальдман	сукупність процесів, орієнтованих на координацію та активізацію трудової діяльності і результатів роботи організації	Процесний
З. Раднор та Д.Барнс	діяльність на основі показників ефективності та звітності, яка призводить до поліпшення поведінки, мотивації і процесів, сприяє інноваціям	Процесний, системний
А.В. Куценко	цілеспрямоване оперативне регулювання діяльності за напрямками управління ефективністю для забезпечення відповідності фактичного стану підприємства заданим параметрам	Функціональний
Т.А. Говорушко , Н.И. Клімаш	процес, спрямований на досягнення максимальної вартості підприємства	Процесний, ціннісно-орієнтований
А.Г. Гончарук	постійна, систематична діяльність, особливий підхід менеджменту, створений для забезпечення ефективної роботи підприємства, який описує методологію, вимірювання, процеси, методи, методики, системи та програмне забезпечення, які використовуються для діагностики (оцінки), аналізу, контролю і забезпечення зростання ефективності діяльності на	Системний

Наведені в таблиці визначення свідчать про те, що в більшості випадків управління ефективністю розглядається як процес, який повинен призводити до вдосконалення, підвищення ефективності роботи організації.

Причому практично всі дослідники сходяться в тому, що даний процес повинен бути циклічним. Цикл управління ефективністю може бути представлений у вигляді замкнутої циклічної послідовності п'яти етапів, що починаються з ефективного планування і закінчуються заохоченням працівників за їх ефективну роботу (рис. 1.3).

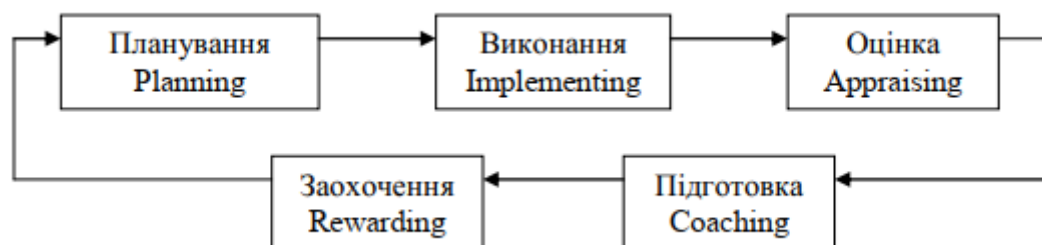


Рисунок 1.3 - Основні етапи циклу управління ефективністю [28, с. 48]

В якості основи процесу управління ефективністю в охороні здоров'я виділяють чотири інтегрованих компонента [29]:

- стандарти ефективності (наприклад, цілі, показники та цілі);
- застосування показників ефективності;
- звітність про стан робіт і зворотного зв'язку;
- дії щодо поліпшення якості.

На думку Б. Драмма [30, с. 146]: "Управління ефективністю може здатися холодним і безсердечним, але насправді воно зосереджено на турботі і співчуття до пацієнтів ... і ... має вирішальне значення в стимулюванні ефективного функціонування будь-якого бізнесу». І, дійсно, управління ефективністю допомогло реалізувати безліч інноваційних і ефективних клінічних практик в медичних установах в інтересах пацієнтів [31].

Все це говорить про доцільність застосування управління ефективністю в діяльності медичних підприємств та установ.

## Висновки до першого розділу

Економічна категорія «ефективність» відіграє ключову роль в діяльності та функціонуванні підприємств, організацій та суб'єктів господарювання та є основним узагальнюючим показником оцінки їх діяльності. В сучасній літературі автори-науковці не дають єдиного визначення даному терміну, хоча для проведення економічної оцінки ефективності важливо розуміти, що являє собою поняття «ефективність».

Поруч з категорією «ефективність» часто використовуються як синоніми такі терміни, як «результативність», «економічність» та «продуктивність». Тому в роботі були розглянуті вищенаведені терміни та в результаті аналізу ідентифіковані їх певні економічні розмежування. Ми прийшли висновку, що дані поняття є близькими за економічною сутністю, але зовсім не тотожними.

Важливою особливістю категорії ефективності системи охорони здоров'я є те, що оцінювати її доводиться в трьох аспектах: соціальне, медичне і економічному. При цьому соціальна і медична ефективність є визначальними при виборі тієї чи іншої медичної технології. Показники економічної ефективності, необхідні для вибору найбільш оптимальних варіантів фінансування, можуть допомогти у встановленні черговості проведення тих чи інших заходів в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Таким чином, ефективність розглядається з позицій отримання максимального соціального і медичного ефекту при мінімальних фінансових витратах. В цілому вона відображає зусилля управлінців в галузі охорони здоров'я по перетворенню витрат в якість.

Порівняльна оцінка індикаторів соціальної, медичної та економічної ефективності з використанням автоматизованої інформаційної системи є основою для прийняття ефективних управлінських рішень тактичного і стратегічного характеру: щодо ефективності використання трудових та матеріальних ресурсів, витрачання бюджетних коштів, ділової активності на

ринку медичних послуг.

Можливість використання уніфікованих індикаторів в системі медичних установ і порівняння їх з нормативними значеннями (стандартами) дозволяє в динаміці проводити моніторинг ефективності системи охорони здоров'я на різних рівнях, в тому числі на рівні окремих установ, що дає можливість оперативно і обґрунтовано здійснювати управлінські впливи.

Розглянуто та класифіковано наявні підходи до оцінювання ефективності діяльності медичних установ. Сформульовано основні характеристики, якими повинна володіти дієва система вимірювання ефективності. Виділено основні елементи системи ключових індикаторів ефективності медичної установи

На нашу думку, методологія аналізу та оцінювання ефективності результатів діяльності підприємств в сучасних умовах посідає важливе місце в системі розвитку економічних процесів і формування нових концепцій сучасного управління у взаємозв'язку із розвитком теоретико-методологічного та практичного інструментарію менеджменту, цифрового маркетингу, інформаційної економіки, розвитку інформаційно-комунікаційних технологій і економічних трансформацій.

Управління ефективністю розглядається як процес, який повинен призводити до вдосконалення, підвищення ефективності роботи організації. В якості основи процесу управління ефективністю в охороні здоров'я виділяють чотири інтегрованих компонента: стандарти ефективності (наприклад, цілі, показники та цілі); застосування показників ефективності; звітність про стан робіт і зворотного зв'язку; дії щодо поліпшення якості.

## 2 ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВІЙТІВЕЦЬКИЙ ЦПМСД»

### 2.1 Аналіз стану та ефективності системи охорони здоров'я України

Основним Законом України – Конституцією України визначається, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з головних обов'язків держави.

Управління системою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України.

В Україні зберіглася система медико-санітарної допомоги, що існувала ще за радянських часів. Вона до цих пір не оптимізована відповідно до кількості населення та його попитом на медичні послуги. Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково медичні та інші заклади охорони здоров'я [32].

Кількісні показники, що характеризують забезпеченість населення лікарняними ліжками і медичними підприємствами та установами

погіршилися понад удвічі (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 - Кількісні характеристики медичних підприємств та установ України

Роки	Кількість лікувальних закладів		Кількість лікарняних ліжок			
			всього		на 10000 населення	
	тис.	Темпи росту, %	тис.	Темпи росту, %	Од.	Темпи росту, %
2013	2,2	91,7	398	98,5	88	98,8
2014	1,8	81,8	336	84,4	78,5	89,2
2015	1,775	98,6	332	98,8	78,1	99,5
2016	1,743	98,2	315	94,9	74,3	95,1
2017	1,714	98,3	309	98,1	73,1	98,4

Згідно наведених даних, відбувалося постійне скорочення забезпеченості населення лікарняними ліжками. Найбільші темпи скорочення спостерігалися в 2014 році (на 10,8%). Число лікувальних закладів за аналізований період скоротилася у 1,28 рази, а загальна кількість лікарняних ліжок у 1,29 рази.

Одночасно істотно погіршилося кадрове забезпечення системи охорони здоров'я (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 - Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я України

Роки	Кількість лікарів усіх спеціальностей				Кількість середнього медичного персоналу			
	всього		на 10000 населення		всього		на 10000 населення	
	тис. чол.	темпи росту, %	тис. чол.	темпи росту, %	тис. чол.	темпи росту, %	тис. чол.	темпи росту, %
2013	217	100,0	48	100,2	441	100,0	97,4	100,2
2014	186	85,7	43,5	90,6	379	85,9	88,6	91,0
2015	186,23	100,1	43,7	100,5	372	98,2	87,3	98,5
2016	186,78	100,3	44,0	100,7	367	98,7	86,5	99,1
2017	186,18	99,7	44,1	100,2	360	98,1	85,4	98,7

Кількість лікарів усіх спеціальностей зменшилось на 30,82 тис. чол. (або на 14,2%), а в розрахунку на 10000 населення – на на 3,9 тис. чол. (або на 8,13%), Ще більш стрімко скорочувалася кількість середнього медичного персоналу: в абсолютному вираженні на 81,0 тис. чол. (або на 18,36%), в розрахунку на 10000 населення – на 12 тис.чол. (або на 12,32%).

Все це говорить про ослаблення системи охорони здоров'я і зниженні її захисної функції, що ймовірно сприяло зростанню смертності населення і скорочення його загальної чисельності.

Для встановлення причин цих негативних тенденцій і оцінки ефективності системи охорони здоров'я України розглянемо її структурні, управлінські та функціональні особливості.

В Україні існує триступенева система медико-санітарної допомоги.

Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, що надається в основному за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

Світовий досвід, узагальнений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є ефективним засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання, а також підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я. У більшості розвинених країн світу первинна медико-санітарна допомога, при ефективній її організації, забезпечує до 90% загального обсягу медичної допомоги, а кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить 30-50% кількості всіх лікарів, що працюють в галузі охорони здоров'я [32].

В Україні первинна медико-санітарна допомога надається в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики / сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги та представлена роздробленими структурами, які функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше 10% коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості [33].

Економічна ефективність охорони здоров'я – це співвідношення отриманих результатів та витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Вона є необхідною ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів і структур, а також економічним обґрунтуванням заходів з охорони здоров'я населення.

На рівні держави економічна ефективність проявляється у вигляді позитивного вкладу (прямого або непрямого), який вносить охорону здоров'я шляхом поліпшення здоров'я населення (робочої сили) в зростання продуктивності праці, а також розширення і розвиток суспільного відтворення [35].

Для комплексної оцінки ефективності системи охорони здоров'я України можна використовувати критерій соціально-економічної ефективності, запропонований А. Гончаруком [36], який оцінюється за допомогою наступних показників:

1) коефіцієнт продовження життя, який показує наскільки витрати на охорону здоров'я співвідносяться з середньою очікуваною тривалістю життя людей у віці 60 років;

2) коефіцієнт збереження життя, який показує наскільки витрати на охорону здоров'я співвідносяться з рівнями дитячої та дорослої смертності;

3) частка втрачених років через хвороби і травми, який показує яка частина людського життя в середньому втрачається з причин, пов'язаних з охороною здоров'я;

4) коефіцієнт очікуваної тривалості життя, який показує наскільки витрати на охорону здоров'я співвідносяться з середньою тривалістю життя в

країні.

Основні складові для розрахунку перерахованих коефіцієнтів розміщено в табл. 2.3.

Розрахунок показників соціально-економічної ефективності системи охорони здоров'я України представлений в табл. 2.4.

Таблиця 2.3 - Показники системи охорони здоров'я України [37, 38]

Показник	Значення
1. Загальні витрати на здоров'я на душу населення, дол. США	203
2. Середня тривалість життя від народження, років	71
3. Середня очікувана тривалість життя людей у віці 60 років, років	18
4. Число смертей серед дітей до 5 років, чол. на 1000 чол.	5
5. Коефіцієнт смертності дорослих (15-60 років), чол. на 1000 чол	
..	295
- чоловіків	114
- жінок	
6. Число втрачених років життя через хвороби і травми, років на 100000 чол.	35801

Таблиця 2.4 - Розрахунок показників соціально-економічної ефективності системи охорони здоров'я України [37, 38]

Назва показника	Розрахунок	Значення
1. Коефіцієнт продовження життя	$18/203$	0,089 р. або 32,5 дн.
2. Коефіцієнт збереження життя (дітей)	$(1000-5)/203$	4,9 чол.
3. Коефіцієнт збереження життя (чоловіків)	$(1000-295)/203$	3,5 чол.
4. Коефіцієнт збереження життя (жінок)	$(1000-114)/203$	4,4 чол.
5. Частка втрачених років через хвороби і травм	$100\% \times (35801/71)/100000$	0,5%
6. Коефіцієнт очікуваної тривалості життя	$71/203$	0,35 р. або 128 дн.

Наведені в таблиці 2.4 значення свідчать про наступне:

1) коефіцієнт продовження життя. Кожний долар, вкладений в здоров'я (систему охорони здоров'я), дозволяє продовжити життя 60-річним людям в середньому на 32,5 дні;

2) коефіцієнти збереження життя (дітей, чоловіків і жінок). Кожний долар, вкладений в здоров'я (систему охорони здоров'я), дозволяє зберегти життя майже 5 дітям (до 5 років), 3,5 дорослим (від 15 до 60 років) чоловікам і 4,4 жінкам;

3) частка втрачених років через хвороби і травм. Унаслідок хвороб і травм, які могли бути вилікувані системою охорони здоров'я, українці в середньому втрачають близько 0,5% свого життя;

4) коефіцієнт очікуваної тривалості життя. Щорічно вкладений долар в здоров'я (систему охорони здоров'я) дозволяє прожити українцю в середньому 128 днів.

Незважаючи на високу інформативність запропонованих показників, за результатами їх розрахунків важко сказати ефективно працює система охорони здоров'я України або неефективно.

Для остаточного висновку про рівень ефективності варто скористатись даними порівняння отриманих показників з попередніми періодами або з аналогічними показниками інших країн, розрахованими за той же період.

Результати розрахунку коефіцієнтів соціально-економічної ефективності для України і сусідніх країн [37, 38] представлені на рис. 2.1 і свідчать про наступне:

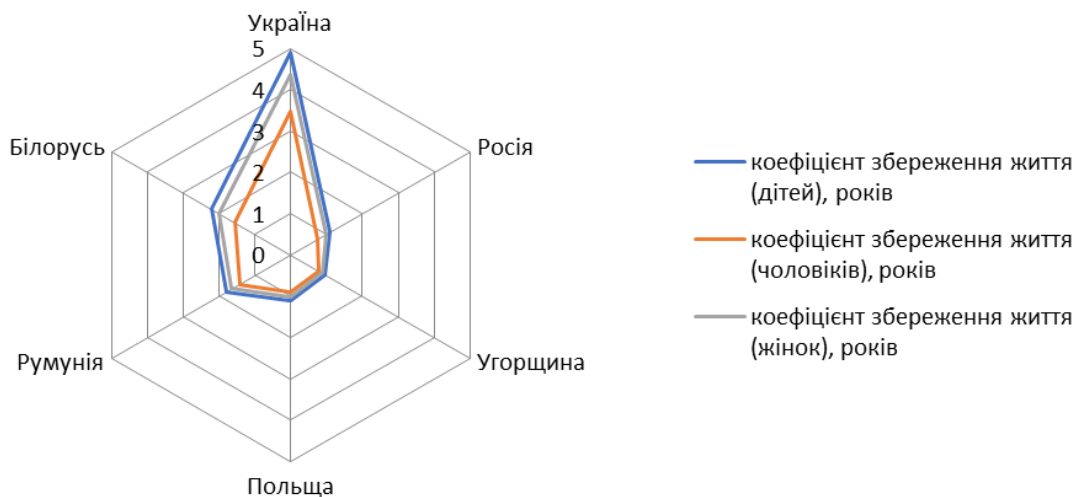
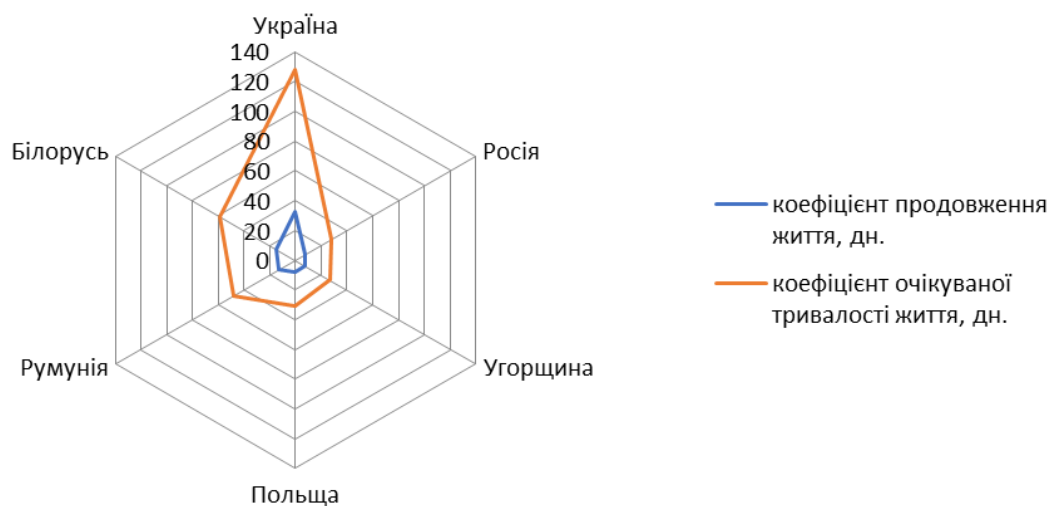
1) Україна має найвищу ступінь віддачі (позитивного ефекту для збереження і продовження життя людей) з кожного долара, вкладеного в здоров'я (систему охорони здоров'я), випереджаючи сусідні країни в 2-5 разів;

2) в той же час нефінансові коефіцієнти показують відносно високий рівень втрачених років через хвороби і травми, який в Україні майже в 2 рази гірше, ніж у сусідній Польщі, але нижче, ніж в Росії.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що, завдяки відносно невисокому рівню життя, Україна має найвищий серед країн Східної Європи фінансовий важіль для збереження і продовження життя людей. У той же час, поточні показники захворюваності і травматизму тут поки залишаються

досить високими, і більше за українців через них втрачають життя лише жителі Росії.

Результати порівняльного аналізу показників соціально-економічної ефективності систем охорони здоров'я України та сусідніх країн, проведеного за методикою А. Гончарука, вказують на те, що, завдяки відносно невисокому рівню життя, Україна має найвищий серед країн Східної Європи фінансовий важіль для збереження і продовження життя людей. Тобто кожен долар, вкладений в українську систему охорони здоров'я, дає найвищий приріст очікуваної і збереженої життя жителів країни різних вікових груп.



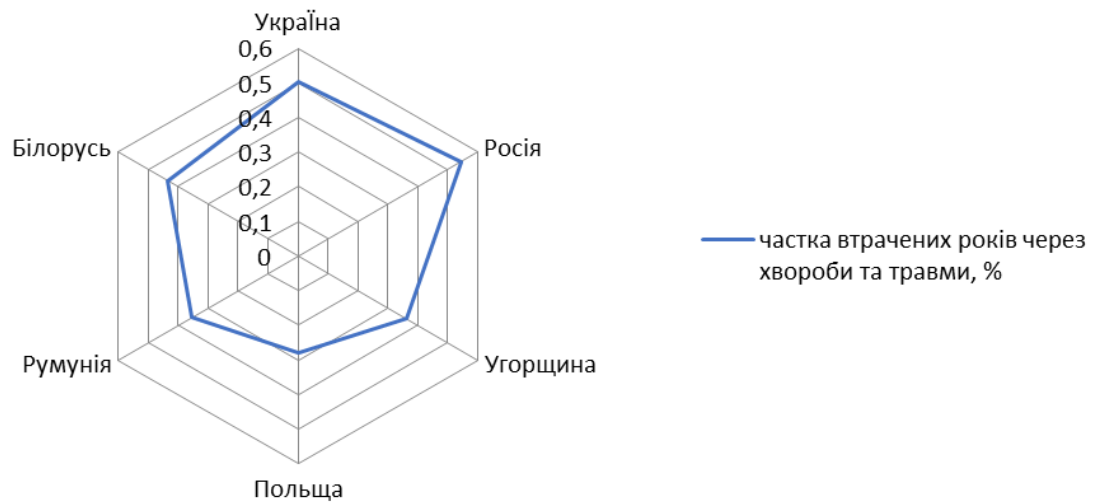


Рисунок 2.1 - Показники соціально-економічної ефективності систем охорони здоров'я у східноєвропейських країнах

Однак, через відносно низький рівень інвестицій в здоров'я, українці в середньому втрачають 0,5% життя від хвороб і травм. За даним показником найкраща ситуація в Польщі, а найгірша в Росії, де такі втрати ще вище, ніж в Україні.

Таким чином, нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та послідовності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. В результаті спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких захворювань і ускладнень хронічних захворювань [34]. Це вкотре підтверджує потребу вирішення проблем забезпечення ефективності діяльності медичних організацій в цілому, і в першу чергу - закладів первинної медико-санітарної допомоги.

## 2.2 Загальна характеристика досліджуваного підприємства

Комунальне некомерційне підприємство «Війтівецький центр первинної медико-санітарної допомоги» (скорочена назва - КНП «Війтівецький ЦПМСД») є правонаступником КНП «Жданівський ЦПМСД», яке було створене рішенням 10 позачергової сесії Жданівської сільської ради першого скликання від 08.08 2017 року № 173 «Про створення комунального закладу «Жданівський центр первинної медико-санітарної допомоги» на базі комунального майна (Додаток А).

Відповідно до пункту 26 частини 1 статті 43 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», розділу III Положення про порядок вирішення питань адміністративно-територіального устрою Української РСР, затвердженого Указом Президії Верховної Ради Української РСР від 12 березня 1981 року № 1654-X, враховуючи рішення 14 сесії Хмельницької районної ради 7 скликання від 23 лютого 2017 року № 215 «Про перейменування населеного пункту» та рішення 3 сесії Жданівської сільської ради 7 скликання від 15 лютого 2017 року № 42 «Про перейменування села», висновок постійної комісії обласної Ради з питань місцевого самоврядування та адміністративно-територіального устрою, євроінтеграції, міжнародного і міжрегіонального співробітництва, депутати обласної Ради прийняли рішення щодо перейменування села Війтівці на село Жданівка Хмельницького району Вінницької області [39].

КНП «Війтівецький ЦПМСД» є комунальним закладом охорони здоров'я Війтівецької сільської ради, що надає первинну медико-санітарну допомогу.

КНП «Війтівецький ЦПМСД» є юридичною особою, має самостійний баланс, печатку із власним найменуванням, поточні та інші рахунки в банківських установах, підпорядковується Засновнику - Війтівецькій сільській раді Хмельницького району Вінницької області.

КНП «Війтівецький ЦПМСД» у своїй діяльності керується

Конституцією України, законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України, Статутом (Додаток Б), іншими актами законодавства України.

Ліквідація та реорганізація Центру здійснюються за рішенням Засновника за погодженням зі структурним підрозділом з питань охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації відповідно до законодавства.

Управління діяльністю КНП «Війтівецький ЦПМСД» здійснює на підставі Статуту підприємства керівник - головний лікар Насиров Юрій Джавдатович.

Повноваження головного лікаря: здійснює загальне керівництво Центру; спрямовує і координує заходи, що належать до компетенції Центру; призначає керівників підрозділів Центру; здійснює прийом працівників на роботу та звільнення з роботи у Центрі; затверджує плани роботи Центру та його підрозділів; затверджує режим роботи Центру та його підрозділів за поданням їх керівників; організовує контроль за виконанням планів та дотриманням графіків роботи підрозділів Центру; видає в межах своїх повноважень, передбачених контрактом та цим Статутом накази по Центру; затверджує посадові інструкції працівників Центру; забезпечує впровадження і вдосконалення системи управління якістю у Центрі; забезпечує впровадження і вдосконалення системи мотивації праці у Центрі; заохочує працівників та накладає стягнення у встановленому законодавством порядку; укладає договори від імені Центру; представляє інтереси Центру в органах місцевого самоврядування, центральних органах виконавчої влади, органах судової влади; від імені власника підписує колективний договір з одним або кількома профспілковими чи іншими уповноваженими на представництво трудовим колективом Центру органами, а у разі відсутності таких органів - представниками працівників, обраними і уповноваженими трудовим колективом Центру; забезпечує дотримання антикорупційного

законодавства працівниками Центру.

Структурними підрозділами КНП «Війтівецький ЦПМСД» є:

- 1) адміністративно-господарський апарат;
- 2) структурний підрозділ - амбулаторія загальної практики – сімейної медицини с. Жданівки
- 3) структурний підрозділ - амбулаторія загальної практики – сімейної медицини с. Качанівки

Долікарську медичну допомогу надають:

- фельдшерський пункт села Дібрівка, який є структурним підрозділом Жданівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини;
- фельдшерський пункт села Семки, який є структурним підрозділом Качанівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини;

Адміністративно-господарський апарат КНП «Війтівецький ЦПМСД» чисельністю 7 штатних одиниць:

- головний лікар;
- головний бухгалтер;
- статистик медичний - 1 штатна одиниця;
- економіст – 0,5 штатних одиниць;
- інспектор з кадрів - 0,5 штатних одиниць;
- завідувач господарства - 1 штатна одиниця;
- водій автотранспортного засобу - 1 штатна одиниця;
- двірник – 1 штатна одиниця.

Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини с. Жданівки - структурний підрозділ КНП «Війтівецький ЦПМСД» чисельністю 6 штатних одиниць:

- завідувач амбулаторії, лікар загальної практики – сімейний лікар - 1 штатна одиниця;
- лікар загальної практики – сімейний лікар – 0,5 штатної одиниці;
- сестри медичні загальної практики – 3 штатні одиниці;
- реєстратор медичний – 0,5 штатних одиниць;

- молодша медична сестра – 1 штатна одиниця.

Фельдшерський пункт села Дібрівка, структурний підрозділ амбулаторії загальної практики – сімейної медицини с. Жданівки - 1,5 штатних посад, в тому числі:

- завідувач фельдшерським пунктом, фельдшер - 1 штатна одиниця;
- молодша медична сестра - 0,5 штатних одиниць.

Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини с. Качанівки - структурний підрозділ КНП «Війтівецький ЦПМСД» чисельністю 9 штатних одиниць:

- завідувач амбулаторії, лікар загальної практики – сімейний лікар - 1 штатна одиниця;

- лікар загальної практики – сімейний лікар – 0,5 штатної одиниці;
- сестри медичні загальної практики - 3 штатних одиниці;
- акушерка – 1 штатних одиниць;
- реєстратор медичний – 0,5 штатних одиниць;
- молодша медична сестра - 1 штатна одиниця.
- фельдшер-лаборант – 1 штатна одиниця;
- молодша сестра медична – 0,5 штатної одиниці;
- сестра медична (фізкабінету) – 0,5 штатної одиниці.

Фельдшерський пункт села Семки структурний підрозділ амбулаторії загальної практики – сімейної медицини с. Качанівки - 1,5 штатних посад, в тому числі:

- завідувач фельдшерським пунктом, фельдшер - 1 штатна одиниця;
- молодша медична сестра - 0,5 штатних одиниць.

Уставний капітал КНП "Війтівецький ЦПМСД", КОД ЄГРПОУ 41604458 суладає 678642 грн.

86.21 Загальна медична практика

Згідно договору № № 0000-А935-М000/25.11.2020 про внесення змін до договору № 0000-А935-М000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (Додаток В) КНП «Війтівецький ЦПМСД»

зобов'язується надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам, пов'язані з первинною медичною допомогою, що визначені в Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ, у місцях надання послуг за адресами:

- Війтівецька АЗПСМ - 22050 вулиця Жданова, буд. 43, село Війтівці, Хмельницький район, Вінницька область;

- Качанівська АЗПСМ - 22015 прохід Миру, буд. 4, село Качанівка, Хмельницький район, Вінницька область;

- ФП с. Семки - вулиця Шевченка, буд. 29, село Семки, Хмельницький район, Вінницька область.

КНП «Війтівецький ЦПМСД» зобов'язується забезпечити:

1) своєчасне застосування методів профілактики, зокрема профілактичні огляди та направлення на проведення необхідних досліджень згідно з Порядком, своєчасне та у повному обсязі проведення профілактичних щеплень відповідно до календаря профілактичних щеплень в Україні;

2) надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, після закінчення часу прийому пацієнтів, а також у вихідні, святкові та неробочі дні відповідно до Порядку;

3) можливість отримати пацієнтам послуги згідно із зазначеним в системі графіком;

4) технічну можливість запису пацієнтів у чергу на прийом до медичних працівників чи для отримання інших медичних послуг за телефоном або в електронній формі.

Загальна орієнтовна ціна договору в частині надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, становить 1815328.00 гривень. Сума оплати за звітний період визначається як 1/12 добутку кількості пацієнтів, що подали надавачеві декларації станом на 1 число звітного періоду з інформацією, що міститься у системі, та застосовних тарифів і коригувальних коефіцієнтів.

Згідно договору № 3337-E520-P000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (Додаток Г) КНП «Війтівецький ЦПМСД» надає послуги з медичного обслуговування населення (послуги з охорони здоров'я), що включені до програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій). Замовником є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) в особі Т.в.о.Голови Віленського Андрія Борисовича, що діє на підставі Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101. Замовник зобов'язується оплачувати такі послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів. Цей договір діє з дати його підписання обома сторонами до закінчення 30-денного строку після відміни карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, але не пізніше 31.12.2020 року, в частині проведення розрахунків за надані медичні послуги договір діє до повного здійснення розрахунків. Строк дії договору може бути продовжений за згодою сторін не більше ніж на три місяці.

Згідно спеціальних умов надання медичних послуг цього договору КНП «Війтівецький ЦПМСД» зобов'язується надавати медичну допомогу, яка надається мобільними медичними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Запланована вартість медичних послуг – 407536,4 грн.

Місцезнаходження: поштовий індекс 22050, Вінницька область, Хмільницький район, с.Війтівці, вул. Жданова, 43

## 2.3 Аналіз і оцінка показників фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Економічний аналіз в системі охорони здоров'я – це вивчення і оцінка господарської та фінансової діяльності медичного закладу з метою підвищення їх ефективності. Універсальним показником, що характеризує фінансово-господарську діяльність медичних організацій є бухгалтерський баланс.

Бухгалтерський баланс – найважливіша частина бухгалтерської звітності про загальний фінансове становище медичної організації, яка визначає здатність її адаптуватися до змін, що відбуваються в економічному середовищі. Фінансове становище медичної організації визначається наявними фінансовими і матеріальними ресурсами (активи), структурою капіталу і фінансовими зобов'язаннями (пасиви). Показники бухгалтерського балансу відображають платоспроможність і прибутковість медичної організації. Бухгалтерський баланс відображає ступінь рівноваги активів і пасивів, тобто ресурсів, що знаходяться в розпорядженні медичних організацій та джерел коштів, за рахунок яких вони утворюються.

Відповідно до Статуту підприємства планування фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» здійснюється шляхом складання річних фінансових планів. Виконання показників фінансового плану за 2018 та 2019 роки відображено у звітах про виконання річного фінансового плану за відповідні періоди.

Додатковою діяльністю КНП «Війтівецький ЦПМСД» є надання в оренду нерухомого майна та відшкодування орендарями комунальних витрат та надання платних медичних послуг.

Аналіз основних показників фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» наведений в таблиці 2.5.

Проведеним аналізом основних показників фінансово-господарської

діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» встановлено наступне.

За 2018 рік загальний дохід КНП «Війтівецький ЦПМСД» згідно річної фінансової звітності склав 2 242,9 тис. грн. Джерелами формування коштів були інші операційні доходи – 2 242,9 тис. грн (плата за оренду нежитлових приміщень та відшкодування орендарями комунальних витрат).

Таблиця 2.5 - Аналіз основних показників фінансово-господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Основні показники	Одиниця виміру	Роки		Приріст (відхилення)	
		2018 рік	2019 рік	(+/-)	%
				2019 / 2018	2019 / 2018
Кількість пролікованих хворих	чол.	1 300	1 311	11	0,85
Проліковано у стаціонарах вдома	чол.	168	171	3	1,79
Кількість ліжок	одиниць	9	9	0	0
Ліжко-дні, всього	одиниць	4 700	4 700	0	0
Кількість відвідувань	одиниць	10 800	10 800	0	0,00
Кількість працюючих – всього по установі	чол.	23	24	1	4,35
Штатні одиниці	одиниць	23	23,5	0,5	2,17
Штатних посад лікарів	чол.	4	3	-1	-25
Середній медичний персонал	чол.	12	12	0	0
Молодший медичний персонал	чол.	3	3	0	0
Інший персонал	чол.	4	5,5	1,5	37,5
Фонд оплати праці (всього)	тис.грн.	1551,48	1462,57	-88,91	-5,73
- в т.ч. лікарів	тис.грн.	415,74	413,68	-2,06	-0,50
- в т.ч. смп	тис.грн.	669,41	675,25	5,84	0,87
- в т.ч. ммп	тис.грн.	134,03	140,75	6,72	5,02
- іншого персоналу	тис.грн.	332,31	232,89	-99,41	-29,92
Середньомісячна ЗП (всього)	грн.	5621,304	5186,43	-434,87	-7,74
- в т.ч. лікарів	грн.	8661,25	11491,15	2 829,90	32,67
- в т.ч. смп	грн.	4648,65	4689,21	40,56	0,87
- в т.ч. ммп	грн.	3723	3909,77	186,77	5,02
- іншого персоналу	грн.	6923,06	3528,71	-3 394,36	-49,03
Вартість основних засобів	тис.грн.	575	10429,1	9 854,10	1713,76
Навантаження на 1 лікарську посаду: - відвідувань	одиниць	2 700	3 600	900	33,33
- ліжок	одиниць	2,25	3	0,75	33,33
Інші операційні доходи	тис.грн.	2 242,9	2 151,6	-91,3	-4,07
Разом доходи	тис.грн.	2 242,9	2 151,6	-91,3	-4,07
Інші операційні витрати	тис.грн.	2 606,6	1 636,9	-969,7	-37,20
Інші витрати	тис.грн.	0	541,3	541,3	-
Разом витрати	тис.грн.	2 260,6	2 178,2	-82,4	-3,65

Чистий прибуток (збиток)	тис.грн.	-17,7	-26,6	-8,9	50,28
--------------------------	----------	-------	-------	------	-------

За 2019 рік загальний дохід КНП «Війтівецький ЦПМСД» згідно річної фінансової звітності склав 2 151,6 тис. грн. Джерелами формування коштів були інші операційні доходи – 2 151,6 тис. грн (плата за оренду нежитлових приміщень та відшкодування орендарями комунальних витрат).

Собівартість наданих послуг в 2018 році становить 2260,6 тис.грн. та складається з: - витрати на оплату праці та відрахування на соціальні заходи (заробітна плата лікарів та сестер медичних) – 1551,48 тис.грн. - інші операційні витрати – 2606,6 тис. грн.

Собівартість наданих послуг в 2019 році становить 2178,2 тис.грн. та складається з: - витрати на оплату праці та відрахування на соціальні заходи (заробітна плата лікарів та сестер медичних) – 1462,6 тис. грн. - інші операційні витрати – 1636,9 тис. грн. та інших витрат – 541,3 тис. грн.

З наведених в таблиці 2.5 даних видно, що на протязі періоду, що підлягав аналізу зросла кількість пролікованих хворих на 11 осіб (або на 0,85%). збільшилась кількість пролікованих у стаціонарі вдома на 3 особи ( на 1,79%). При цьому, кількість відвідувань протягом останніх двох років залишалась незмінною і становила 10 800 одиниць.

Загальна кількість працюючих в КНП «Війтівецький ЦПМСД» збільшилась на 1 особу ( або на 4,35%). Збільшилась і кількість штатних одиниць на 0,5 ставки.

Серед працюючих в КНП «Війтівецький ЦПМСД» переважна кількість середнього медичного персоналу - 52% в структурі персоналу в 2018 році та 51% в 2019 році (рисунок 2.2). Незмінною залишається частка молодшого медичного персоналу – і становить 13%, на протязі двох останніх років працювало 3 особи. Структурні зміни відбулись серед лікарів – їх частка зменшилась на 3 процентних пункти внаслідок зменшення кількості працюючих лікарів на 25% (частка в структурі становить відповідно - 17,0 % в 2018 році та 13,0 % в 2019 році). На кінець 2019 року працювало 3 лікаря. В той же час зросла чисельність іншого персоналу – приріст в 2019 році склав

37,5%. Частка цієї категорії персоналу зросла на 6 процентних пункти.

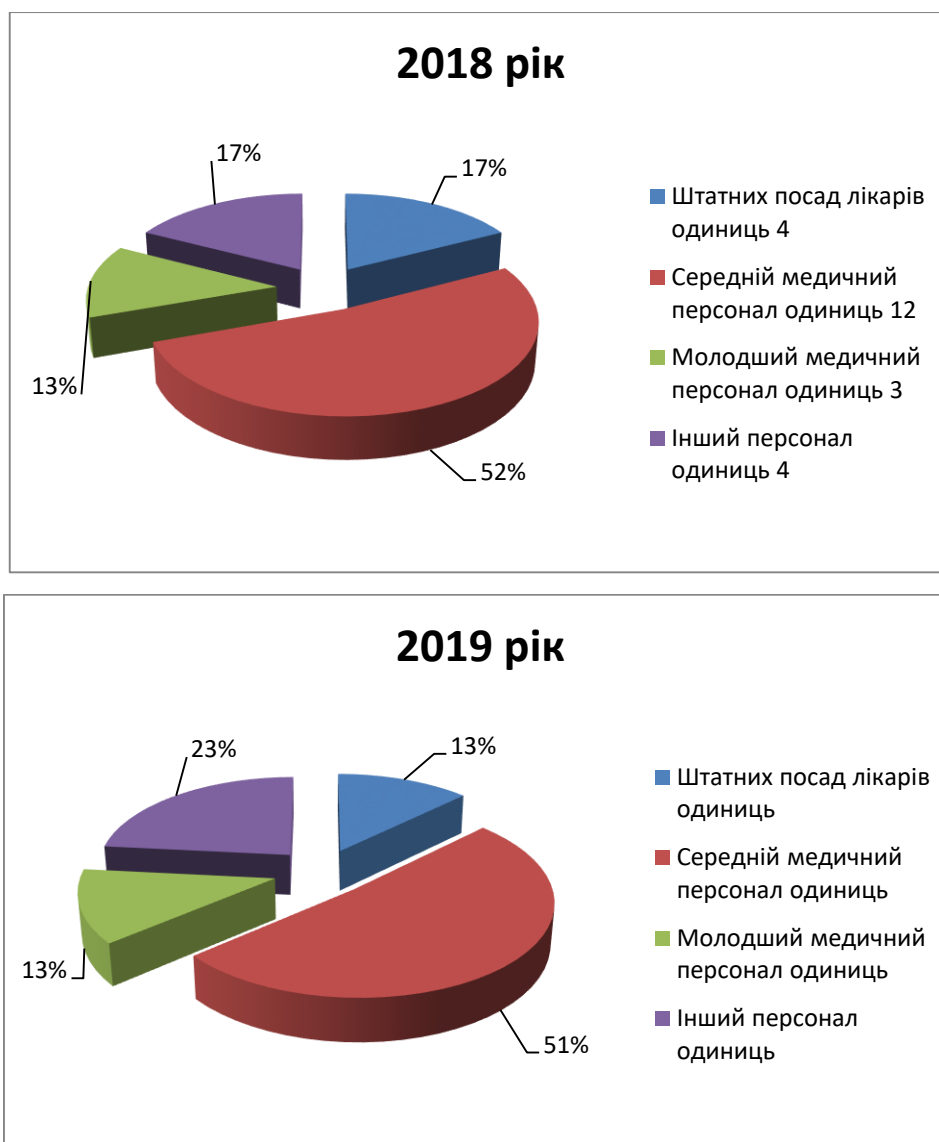


Рисунок 2.2 – Структура працюючих КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Фонд заробітної плати в 2019 році зменшився на 88,91 тис. грн (або на 5,73%). Зменшення відбулось в основному за рахунок різкого зменшення частки коштів, що спрямовувались на оплату праці іншого персоналу. В 2019 році фонд оплати праці іншого персоналу склав 232,9 тис. грн, що на 29,92% менше величини фонду 2018 року. Зменшення фонду оплати праці лікарів відбулось внаслідок зменшення штату цієї категорії працівників.

Не зважаючи на загальне скорочення фонду оплати праці, середньомісячна заробітна плата працюючих зросла майже у всіх категорій

персоналу (рисунок 2.3). Зокрема, заробітна праці лікарів в середньому зросла на 2829,9 грн (на 32,67%), середнього молодшого персоналу – на 40,56 грн (на 0,87%) та молодшого медичного персоналу - на 186,77 грн (або на 5,02%).

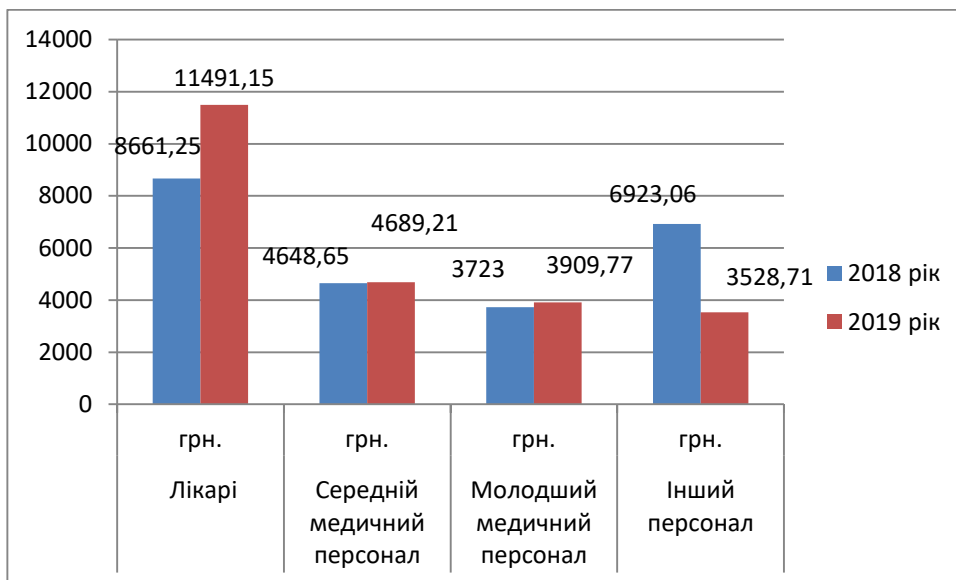


Рисунок 2.3 –Динаміка зміни середньої заробітної плати працівників КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Динаміка фінансових результатів діяльності досліджуваного підприємства наведена в табл. 2.6.

Таблиця 2.6 - Фінансові результати КНП «Війтівецький ЦПМСД», тис. грн.

Показники	Рік			Абсолютний приріст, (+/-)		Відносний приріст, %		
	2017	2018	2019	2018 / 2017	2019 / 2018	2018 / 2017	2019 / 2018	2019 / 2017
Інші операційні доходи	396,6	2 242,9	2 151,6	1 846,3	-91,3	465,53	-4,07	442,51
Інші операційні витрати	574,5	2 260,6	1 636,9	1 686,1	-623,7	293,49	-27,59	184,93
Інші витрати	0	0	541,3	0	541,3	-	-	-
Фінансовий результат до оподаткування: прибуток (збиток)	-177,9	-17,7	-26,6	160,2	-8,9	-90,05	50,28	-85,05
Чистий фінансовий результат:	-177,9	-17,7	-26,6	160,2	-8,9	-90,05	50,28	-85,05

прибуток (збиток)								
Разом доходи	396,6	2 242,9	2 151,6	1 846,3	-91,3	465,53	-4,07	442,51
Разом витрати	574,5	2 260,6	2 178,2	1 686,1	-82,4	293,49	-3,65	279,15

Низьке значення показника валового прибутку говорить, що в цілому управління виробничою діяльністю є неефективним, тому що залишається недостатньо коштів для здійснення маркетингових і управлінських витрат, погашення фінансових витрат.

Чистий прибуток формується під впливом усіх управлінських рішень, які були зроблені протягом аналізованого періоду, а також об'єктивних зовнішніх і внутрішніх процесів. Чистий збиток КНП «Війтівецький ЦПМСД» становить 177,9 тис. грн в 2017 році.

Позитивна динаміка показника КНП «Війтівецький ЦПМСД» (скорочення збитку 151,3 тис. грн.) говорить про спроби відновити прийнятний фінансовий результат, але все ж досліджуване медичне підприємство не здатне стійко функціонувати протягом тривалого періоду часу на ринку медичних послуг. Менеджмент активно вживає заходів з відновлення прийнятного фінансового результату, проте від'ємний обсяг (26,6 тис. грн. на кінець 2019 р.) говорить про реальне знецінення залученого капіталу. Керівництву закладу потрібно негайно розпочинати вирішувати питання щодо підвищення ефективності діяльності шляхом надання платних медичних послуг, пошуку альтернативних джерел надходжень та подальшого розвитку КНП «Війтівецький ЦПМСД».

## 2.4 Аналіз фінансового стану КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Проаналізуємо фінансовий стан досліджуваного підприємства на основі узагальнених результатів фінансової звітності (Додаток Е).

В таблиці 2.7 відображені результати аналізу динаміки активів КНП «Війтівецький ЦПМСД» за 2017 – 2019 роки.

Таблиця 2.7 - Динаміка активів КНП «Війтівецький ЦПМСД», тис. грн

Показники	Рік			Абсолютний приріст, +/-		Відносний приріст, %		
	2017	2018	2019	2018 / 2017	2019 / 2018	2018 / 2017	2019 / 2018	2019 / 2017
Основні засоби:	265,9	575	10 429,1	309,1	9 854,1	116,25	1 713,76	3 822,19
НЕОБОРОТНІ АКТИВИ	265,9	575	10 429,1	309,1	9 854,1	116,25	1 713,76	3 822,19
Запаси	28	78,2	77,7	50,2	-0,5	179,29	-0,64	177,5
Гроші та їх еквіваленти	0	0	22,4	0	22,4	-	-	-
ОБОРОТНІ АКТИВИ	28	78,2	100,1	50,2	21,9	179,29	28,01	257,5
БАЛАНС	293,9	653,2	10 529,2	359,3	9 876	122,25	1 511,94	3 482,58

Зростаюча сума активів КНП «Війтівецький ЦПМСД» становила в 2019 році 10 529,2 тис. грн проти 293,9 тис. грн. в 2017 році. Вплив на таку динаміку (приріст 3 482,58%) здійснили як оборотні, так і необоротні активи. Приріст оборотних активів становив 257,5%, необоротних - на 3 822,19% в цілому за весь період з 2017 по 2019 роки.

Стимулюючий вплив на розмір загальної суми здійснювали такі елементи активів КНП «Війтівецький ЦПМСД»: запаси (+177,5%); гроші та їх еквіваленти (+22,4 тис. грн.); основні засоби: (+3 822,19%).

Графічне представлення динаміки активів КНП «Війтівецький ЦПМСД» наведено на рисунку 2.4.

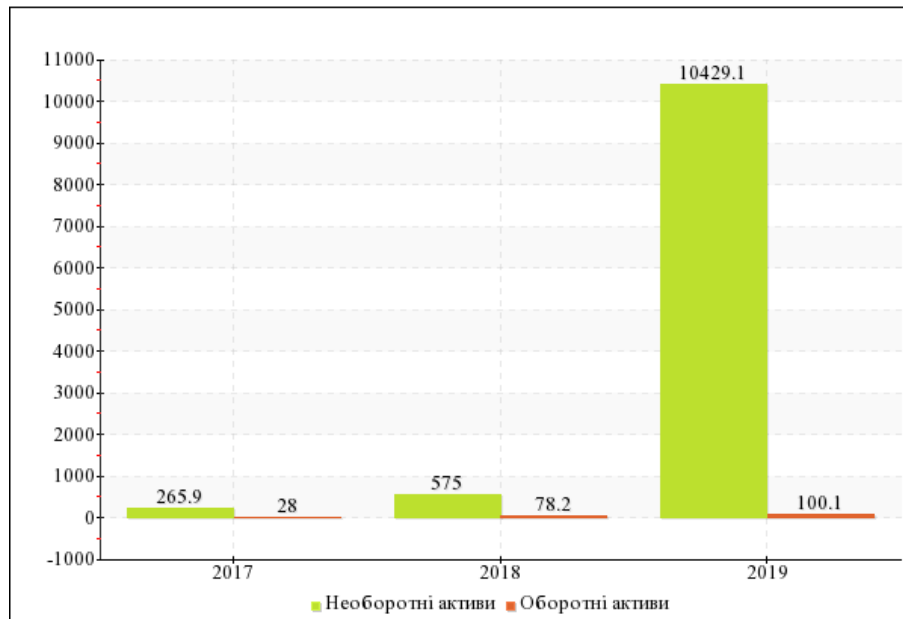


Рисунок 2.4 - Динаміка активів КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Основні засоби КНП «Війтівецький ЦПМСД» активно використовуються у щоденній діяльності компанії. Їх вартість збільшилася з 265,9 тис. грн. в 2017 році до 10 429,1 тис. грн в 2019 році.

Це пов'язано з активною політикою управління основними засобами, що передбачає їх ремонт, оновлення, тобто здійснення як простого, так і розширеного відтворення.

Структура активів та їх динаміка відображена в таблиці 2.8. На кінець 2019 року активи сформовані на 99,05% з необоротних та на 0,95% з оборотних.

Таблиця 2.8 - Структура активів КНП «Війтівецький ЦПМСД» в 2017 - 2019 рр., %

Показники	Рік			Абсолютний приріст (відхилення), +,-		
	2017	2018	2019	2018 / 2017	2019 / 2018	2019 / 2017
Основні засоби:	90,47	88,03	99,05	-2,44	11,02	8,58
НЕОБОРОТНІ АКТИВИ	90,47	88,03	99,05	-2,44	11,02	8,58
Запаси	9,53	11,97	0,74	2,44	-11,23	-8,79
Гроші та їх еквіваленти	0	0	0,21	0	0,21	0,21
ОБОРОТНІ АКТИВИ	9,53	11,97	0,95	2,44	-11,02	-8,58

Важливими елементами оборотних активів КНП «Війтівецький ЦПМСД» були запаси (частка дорівнює 9,53%). Серед необоротних активів - основні засоби: (частка дорівнює 90,47%)

Динаміка пасивів відображена на рисунку 2.5.

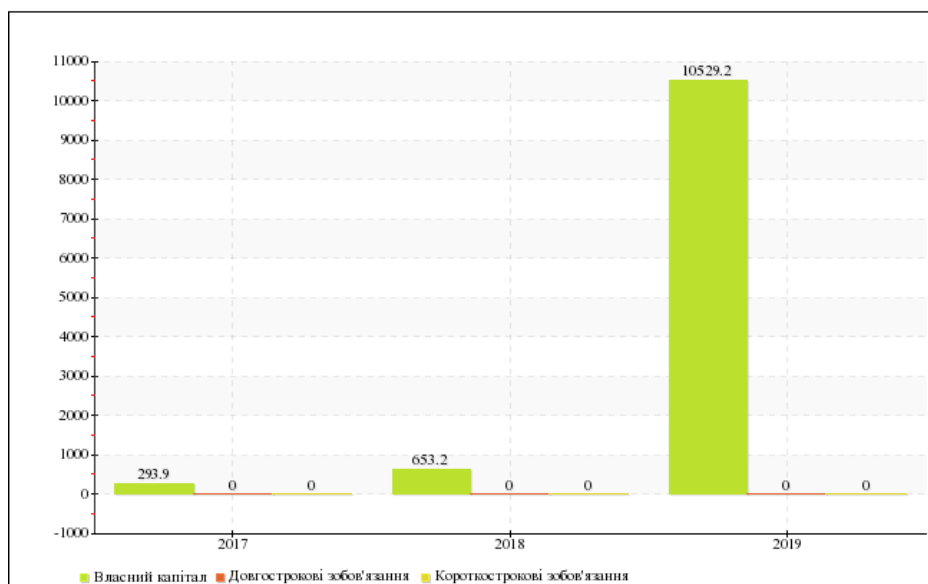


Рисунок 2.5 - Динаміка пасивів КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Найбільш вагомим чинником збільшення вартості залучених джерел фінансування КНП «Війтівецький ЦПМСД» був зареєстрований капітал (+2 338,56%), натомість зниження - непокритий збиток (-63,7 тис. грн.)

КНП «Війтівецький ЦПМСД» демонструє постійне зниження фонду накопиченого прибутку, що не дозволяє розвиватися, залучати додаткові кошти, а також поповнювати обіговий капітал. При цьому скорочення нерозподіленого прибутку призводить до посилення залежності підприємства від зовнішніх джерел фінансових ресурсів. Така динаміка вказує на неякісно побудовані бізнес-процеси.

## 2.5 Дослідження ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Станом на 01.01.2020 року у Вінницькій області функціонують 138 медичних закладів (у 2015 році 122 заклади): 54 заклади первинної медикосанітарної допомоги, до складу яких входить 309 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (з яких 218 сільських) та 734 ФАПи та ФП, 48 закладів вторинної медичної допомоги та 36 закладів обласного підпорядкування. За період з 2015 по 2019 роки кількість закладів первинної медичної допомоги Вінницької області зросла на 21 (з 33 до 54). В рамках децентралізації у сфері охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад в області створено, пройшли офіційну реєстрацію та функціонують 19 нових закладів первинної медико-санітарної допомоги.

В області амбулаторно-поліклінічну допомогу надають заклади первинної медико-санітарної допомоги, а також консультативні поліклініки лікарняно-профілактичних закладів вторинного, третинного рівнів.

Засновником КНП «Війтівецький ЦПМСД» є Жданівська об'єднана територіальна громада (надалі – ОТГ) утворена шляхом об'єднання Жданівської та Качанівської сільських рад в рамках адміністративно-територіальної реформи, яка розпочалась у 2015 році відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад». Перші вибори органів місцевої влади в об'єднаній громаді відбулись 18 грудня 2016 року (Постанова ЦВК від 07.10.2016 року №437).

Жданівська ОТГ об'єднує п'ять населених пунктів Жданівка, Качанівка, Дібрівка, Семки, Ольгине (рис.2.6) із загальною чисельністю населення 4489 осіб (табл.2.9).

Адміністративним центром громади є село Жданівка (внаслідок декомунізації його назву змінено на Війтівці).

За останніх п'ять років кількість населення поступово зменшувалось як за рахунок перевищення смертності над народжуваністю (на 326 осіб) так і за

рахунок міграційного дисбалансу і досягла станом на 01.01.2019 року 4341 особа, тобто кількість населення скоротилась на 7 %.

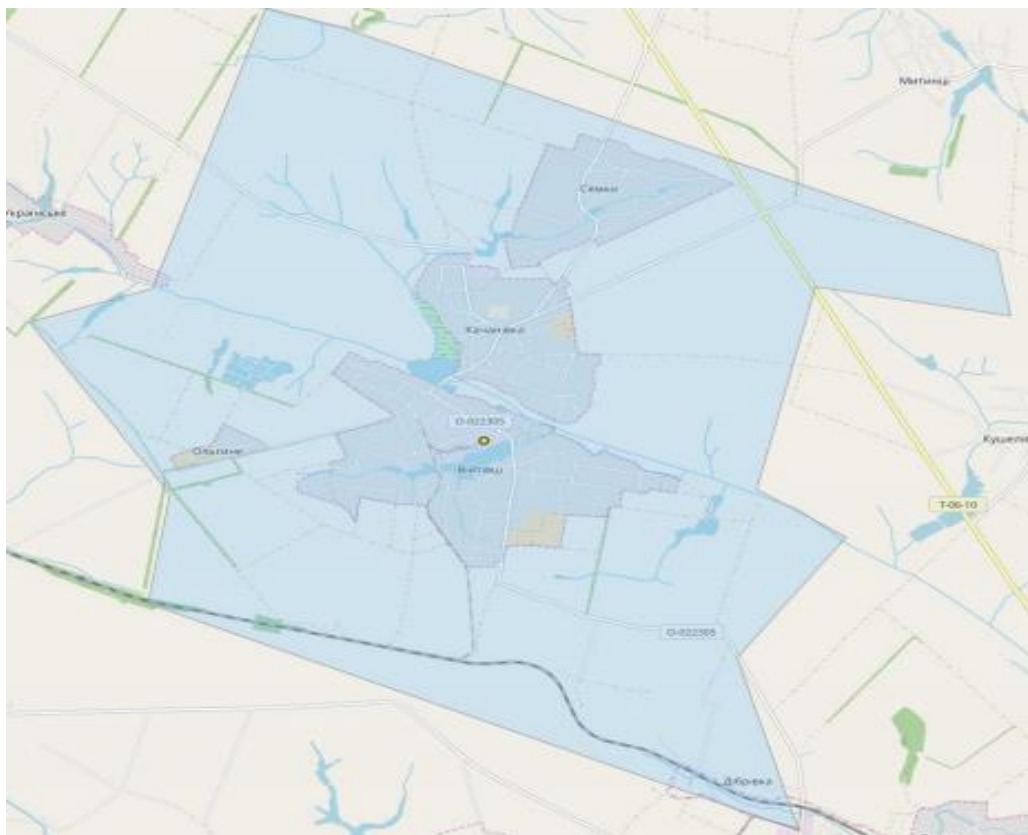


Рисунок 2.6 - Карта Жданівської об'єднаної територіальної громади

Таблиця 2.9- Населені пункти Жданівської ОТГ

№ з/п	Найменування населених пунктів, що увійшли до ОТГ	Чисельність населення станом на 01.01.2018 року	Відстань від потенційного адміністративного центру (км)
	Жданівська сільська рада	2693	
1	с.Жданівка	2009	-
2	с.Дібрівка	616	2
3	с.Ольгинє	68	3
	Качанівська сільська рада	1796	
4	с.Качанівка	1261	2
5	с.Семки	535	5
	Всього:	4489	

Динаміка зміни кількості населення за 2013-2017 роки наведена на рис.

2.7.

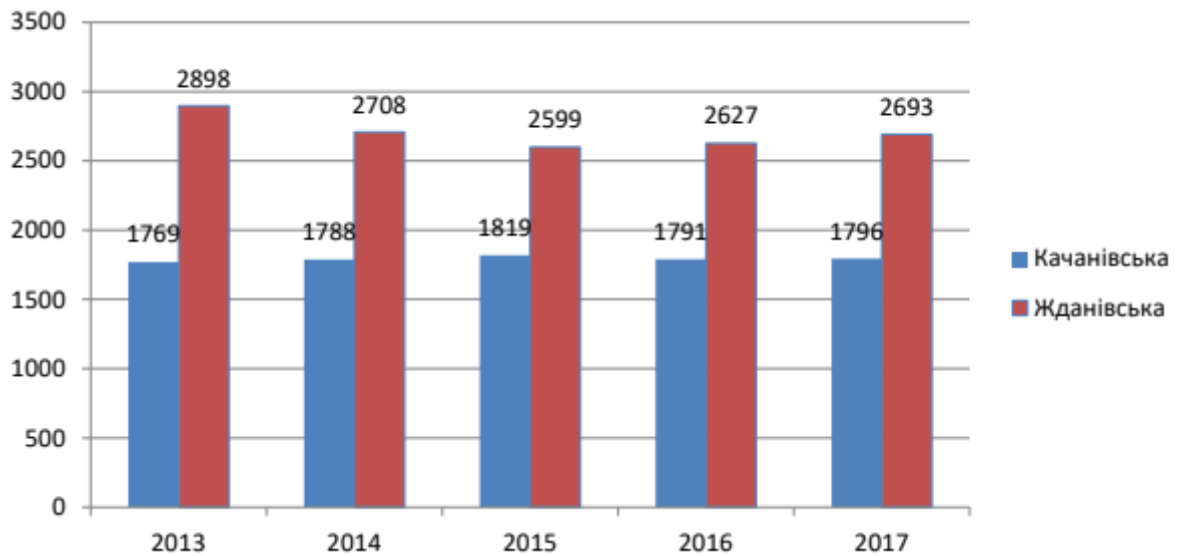


Рисунок 2.7 - Динаміка зміни кількості населення за 2013-2017 роки

Динаміка кількості народжених/померлих за 2013-2017 роки відображена на рис. 2.8

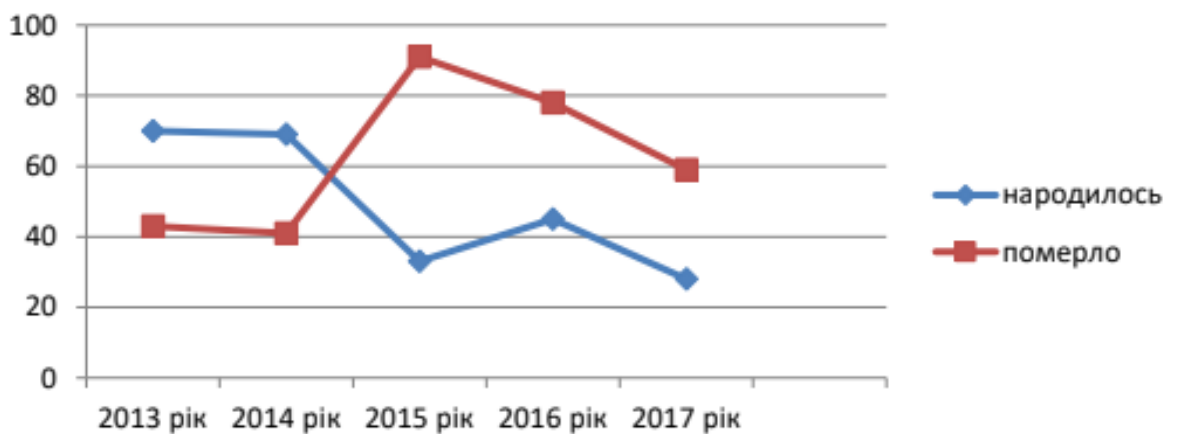


Рисунок 2.5 - Динаміка кількості народжених/померлих за 2013-2017 роки

Важливим для повного розуміння місцевої демографічної ситуації у Жданівській громаді є аналіз вікової структури населення (табл.2.10). 60 відсотків населення громади у працездатному віці. Кількість населення

молодшого за працездатний вік і старшого за працездатний вік майже однакова (рис. 2.9).

Таблиця 2.10 - Розподіл населення за віком у населених пунктах, що увійшли до складу ОТГ станом на 01.01.2018 р.

	Жданівка	Дібрівка	Ольгине	Качанівка	Семки	Всього
Населення у віці						
Молодшому за працездатний	383	98	17	343	44	885
Працездатному	1232	404	40	715	291	2682
Старшому за працездатний	394	114	11	203	200	922
Діти дошкільного віку	132	27	6	114	5	287
Діти шкільного віку	251	71	11	229	39	598

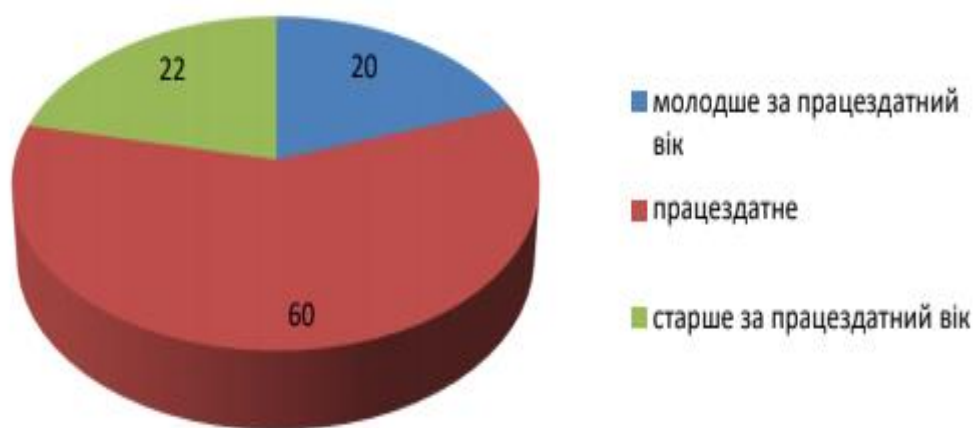


Рисунок 2.9 – Вікова структура населення ОТГ станом на 01.01.2018 року

На території громади функціонують: 3 школи, 2 дитячих садочки, 2 амбулаторії та 2 ФАП.

Здоров'я є важливою цінністю з точки зору благополуччя громадян та суспільства в цілому. Здорове населення – це також передумова економічної

продуктивності і процвітання. Тільки здорове населення може повністю реалізувати свій економічний потенціал.

До складу Центру входять 2 амбулаторії загальної практики – сімейної медицини та 2 фельдшерсько-акушерських пункти (табл.2.11).

Таблиця 2.11 – Склад КНП «Війтівецький ЦПМСД»

<p><b><u>АЗПСМ с. Жданівка (Війтівці)</u></b>  <u>Кількість населення:</u> 2561 осіб  <u>Стан ремонту :</u> задовільний  <u>Площа:</u> 4,8 км<sup>2</sup>  <u>Забезпеченість обладнанням :</u> згідно з табелем оснащення  <u>Наявність ПК :</u> в наявності  <u>Персонал (основний, допоміжний):</u> 6 штатних одиниць  - завідувач амбулаторії, лікар загальної практики – сімейний лікар - 1 штатна одиниця;  - лікар загальної практики – сімейний лікар – 0,5 штатної одиниці;  - сестри медичні загальної практики – 3 штатні одиниці;  - реєстратор медичний – 0,5 штатних одиниць;  - молодша медична сестра – 1 штатна одиниця.  <u>Послуги :</u> Первинна медична допомога, інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД.  Відстань до Центру: 0 км</p>	<p><b><u>АЗПСМ с. Качанівка</u></b>  <u>Кількість населення:</u> 1337 осіб  <u>Стан ремонту :</u> задовільний  <u>Площа:</u> 2,35 км<sup>2</sup>.  <u>Забезпеченість обладнанням :</u> згідно з табелем оснащення  <u>Наявність ПК :</u> в наявності  <u>Персонал (основний, допоміжний):</u> 9 штатних одиниць:  - завідувач амбулаторії, лікар загальної практики – сімейний лікар - 1 штатна одиниця;  - лікар загальної практики – сімейний лікар – 0,5 штатної одиниці;  - сестри медичні загальної практики - 3 штатних одиниці;  - акушерка – 1 штатних одиниць;  - реєстратор медичний – 0,5 штатних одиниць;  - молодша медична сестра - 1 штатна одиниця.  - фельдшер-лаборант – 1 штатна одиниця;  - молодша сестра медична – 0,5 штатної одиниці;  - сестра медична (фізкабінету) – 0,5 штатної одиниці.  <u>Послуги :</u> Первинна медична допомога, лабораторні дослідження (аналізatori) та інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД.  Відстань до Центру: 6 км</p>
<p><b><u>ФП с. Дібрівка</u></b>, структурний підрозділ АЗПСМ с. Жданівка - 1,5 штатних посад, в тому числі:  - завідувач ФП, фельдшер - 1 штатна одиниця;  - молодша медична сестра - 0,5 штатних одиниць.  Відстань до Центру: 2 км</p>	<p><b><u>ФП с.Семки</u></b> структурний підрозділ АЗПСМ с.Качанівки - 1,5 штатних посад, в тому числі:  - завідувач ФП, фельдшер - 1 штатна одиниця;  - молодша медична сестра - 0,5 штатних одиниць.  Відстань до Центру: 5 км</p>

В рамках реалізації медичної реформи в Україні лікарями КНП «Війтівецький ЦПМСД», станом на 16.12.2020 за даними, наведеними на електронній карті надання первинної медичної допомоги, кількість лікарів

ПМД - 2 особи – сімейні лікарі, з пацієнтами загалом укладено 3092 декларації (рис.2.10):

- Насиров Ю.Д. – сімейний лікар – 1220 декларацій (45,74% - чоловічої статі, 56,26% - жіночої; розподіл по вікових категоріях – 0-5 років – 71 особа; 06-17 років – 220 осіб; 18-39 років – 352 особи; 40-64 роки – 412 осіб; 65+ - 165 осіб).

- Любецька Г.І. - сімейний лікар – 1872 декларації. (44,18% - чоловічої статі, 55,82% - жіночої; розподіл по вікових категоріях – 0-5 років – 114 осіб; 06-17 років – 279 осіб; 18-39 років – 483 особи; 40-64 роки – 6672 осіб; 65+ - 329 осіб).

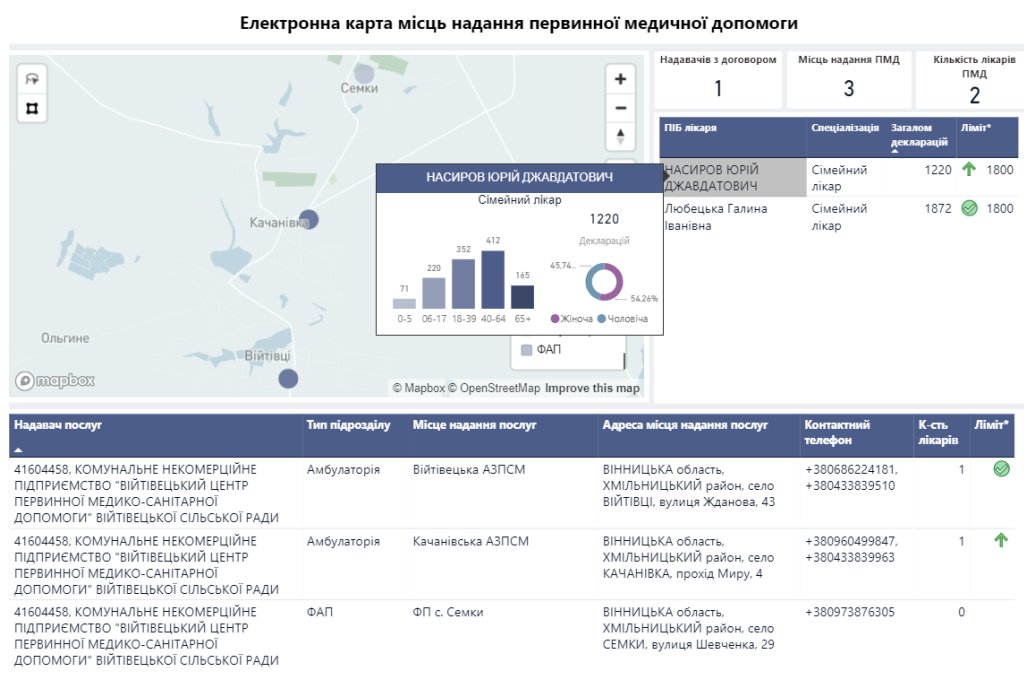


Рисунок 2.10 - Кількість місць надання первинної медичної допомоги та кількість лікарів КНП «Війтівецький ЦПМСД» [40]

Визначимо економічну ефективність КНП «Війтівецький ЦПМСД» завдяки проведенню профілактичних заходів проти грипу в 2018 році на основі наступних вихідних даних:

2018 року у КНП «Війтівецький ЦПМСД» було проведено

профілактичні заходи щодо грипу — вакцинація протигрипозною вакциною, а попереднього, 2017 року, профілактичні заходи не проводили.

З 500 працівників закладу 2017 року на грип захворіли 170 працівників, а 2018 року після проведеної вакцинації на грип — 70 працівників.

Середня тривалість одного випадку непрацездатності з приводу грипу — 7 днів.

Середня заробітна плата у закладі — 3000 грн.

Середня заробітна плата на день — 150 грн.

Середня вартість денного виробітку одного відвідувача — 300 грн.

Вартість однієї вакцини (вартість профілактичного заходу) — 150 грн.

Кількість днів тимчасової непрацездатності до профілактики — 1190 днів.

Кількість днів тимчасової непрацездатності після профілактики — 490 днів.

Для визначення економічної ефективності необхідно спочатку обрахувати економічний ефект через зниження витрат на виплату по непрацездатності, прибуток за рахунок зниження захворюваності та затрати на профілактику.

Економічний ефект через зниження витрат на виплату по непрацездатності визначають за такою формулою:

$$E1 = S1 * (D1 - D2), \quad (3.1)$$

де  $E1$  — економічний ефект через зниження витрат на виплату по непрацездатності;  $S1$  — середня сума виплат за втрату працездатності на день (середня заробітна плата на день);  $D1$  - кількість днів тимчасової непрацездатності до профілактики;  $D2$ — кількість днів тимчасової непрацездатності після профілактики.

Отже, підставивши показники у формулу, отримаємо такий результат:

$$E1 = 150 * (1190 - 490) = 105\,000 \text{ грн.}$$

Тобто економічний ефект через зниження витрат на виплату по непрацездатності становить 105 000 грн — саме таку суму вдалось

заощадити, провівши вакцинацію відвідувачів закладу.

Прибуток за рахунок зниження захворюваності обраховують за формулою:

$$E2 = S2 * (D1 - D2), \quad (3.2)$$

де  $E2$  — прибуток за рахунок зниження захворюваності;  $S2$  — середня вартість денного виробітку одного відвідувача;  $D1$  — кількість днів тимчасової непрацездатності до профілактики;  $D2$  — кількість днів тимчасової непрацездатності після профілактики.

Отже, підставивши наші показники у формулу, отримаємо такий результат:

$$E2 = 300 * (1190 - 490) = 210\,000 \text{ грн.}$$

Тобто прибуток за рахунок зниження захворюваності відвідувача закладу після вакцинації становить 210 000 грн.

Витрати на профілактику обраховують за такою формулою:

$$B = C * N, \quad (3.3)$$

де  $B$  — витрати на профілактику;  $C$  — вартість профілактичного заходу;  $N$  - кількість відвідувачів закладу.

Отже, підставивши показники у формулу, отримаємо результат:

$$B = 150 * 500 = 75\,000 \text{ грн.}$$

Економічну ефективність обраховують за такою формулою:

$$E = E1 + E2 - B \quad (3.4)$$

Підставивши показники у формулу, отримаємо такий результат:

$$E = 105\,000 \text{ грн} + 210\,000 \text{ грн} - 75\,000 \text{ грн} = 240\,000 \text{ грн}$$

Завдяки проведенню профілактичних заходів проти грипу економічна ефективність закладу охорони здоров'я становить 240 000 грн.

Також можна розрахувати коефіцієнт співвідношення вигоди до вартості ( $K_{b/c}$ ) за такою формулою:

$$K_{b/c} = \text{Вигода (грн)} / \text{Витрати (грн)} \quad (3.5)$$

Отже, підставивши наші показники у формулу, отримаємо такий результат:

$$K_{b/c} = 240000 / 75000 = 3,2$$

Може бути декілька варіантів результатів:

$K_{b/c} > 1$  — вигода перевищує витрати, а тому метод лікування (профілактики) є вигідним;

$K_{b/c} = 1$  — вигода еквівалентна витратам;

$K_{b/c} < 1$  — вигода менша за витрати, а тому метод лікування (профілактики) є невигідним.

При порівнянні двох або декількох методів лікування (профілактики) оптимальним вважають той, для якого значення  $K_{b/c}$  буде вищим, тобто той, який дає більшу вигоду.

У нашому випадку коефіцієнт співвідношення вигоди до вартості  $K_{b/c}$  дорівнює 3,2, тобто обрана програма профілактики КНП «Війтівецький ЦПМСД» є дуже ефективною.

## 2.5 Стратегічний аналіз діяльності підприємства

SWOT – аналіз (табл.2.12) містить цілісну картину нинішньої ситуації з усіма позитивними і негативними аспектами. Концептуальний підхід сформульований таким чином, щоб надалі оптимізувати та ефективно використати наявні сильні сторони і усунути або, принаймні, звести до мінімуму наявні недоліки.

Таблиця 2.12 - Фактори SWOT КНП «Війтівецький ЦПМСД»

<b>Сильні сторони</b>	<b>Слабкі сторони</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- гнучкі, молоді спеціалісти ;</li><li>- оптимізована мережа ПМСД;</li><li>- комфортні умови роботи;</li><li>- керівник ПМСД – якісний менеджер;</li><li>- відремонтований АЗПСМ с. Жданівка;</li><li>- територіальна доступність;</li><li>- компактна та ефективна структура мережі ПМД;</li><li>- наявність кваліфікованих фахівців;</li><li>- оптимізований штат працівників;</li><li>- наявність розроблених локальних сучасних протоколів надання медичної допомоги;</li><li>- 100 % забезпечення комп'ютерною та копіювальною технікою;</li><li>- наявність автотранспорту;</li><li>- використання дистанційних технологій для надання медичної допомоги на відстані;</li><li>- можливість надання медичних послуг для населення суміжних громад;</li><li>- бажання розвиватись та застосовувати сучасні технології управління;</li><li>- напрацьовані успішні комунікації з владою;</li><li>- використання наставництва та</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- недостатні площі для прийому лікарів;</li><li>- недостатня забезпеченість закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням.</li><li>- недостатня якість послуг через слабку матеріально-технічну базу;</li><li>- недосконала система прийому пацієнтів;</li><li>- відсутність в ЦПМСД діагностичних відділень;</li><li>- відсутність обслуговуючого персоналу для перевірок медичного обладнання (метрологія, повірки);</li><li>- надмірні енерговитрати через відсутність системи енергоаудиту;</li><li>- неенергоєфективні приміщення ФАПів;</li><li>- застарілі електромережі та інші інженерні комунікації;</li><li>- відсутність пожежної сигналізації, невідповідність технічної бази системи протипожежної безпеки вимогам законодавства;</li><li>- меблі та обладнання кабінетів частково потребують модернізації;</li><li>- відсутність ефективної інформаційної взаємодії між підрозділами Центру та лікарями другого рівня;</li></ul>

інших форм поширення кращого досвіду.	- не всі фахівці володіють сучасним діагностичними та лікувальними методологіями.
---------------------------------------	---

Кінець таблиці 2.12

<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- активна позиція та зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади;</li> <li>- фінансова спроможність громади;</li> <li>- задовільний стан шляхів;</li> <li>- залучення молодих медичних працівників після закінчення ВУЗу;</li> <li>- розвинута інфраструктура для молодих сімей (наявність дитячих садочків, шкіл, закладів позашкільної освіти, будинків культури);</li> <li>- доступність участі в міжнародних грантах;</li> <li>- участь медичних працівників у конференціях, тренінгах та інших заходах з підвищення кваліфікації за наявності достатнього фінансування;</li> <li>- наявність можливості вивчення позитивного українського та світового досвіду (країни Європи та інші міста України)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- низький рівень культури здорового способу життя;</li> <li>- підвищення загального рівня захворюваності населення;</li> <li>- старіння населення, погіршення соціально-демографічних показників;</li> <li>- відсутність житла для молодих фахівців;</li> <li>- конкуренція сімейних лікарів з лікарями вторинної ланки (близько-розташований ЦПМСД);</li> <li>- недостатня кількість додаткових послуг, у першу чергу діагностичних;</li> <li>- недостатній рівень інфекційного захисту у закладах КНП «Війтівецький ЦПМСД»</li> </ul>

Основні сучасні проблеми системи охорони здоров'я – слабка матеріально-технічна база, застаріла інфраструктура, які не дозволяють ефективно здійснювати діагностування хвороб на ранніх стадіях, а також проводити профілактику для недопущення захворювань.

Медична реформа, яка на сьогодні проводиться в Україні передбачає формування в громаді оптимальної мережі лікувальних закладів охорони здоров'я первинного рівня, створення сучасних умов для надання якісних медичних послуг в тому числі впровадження інформаційних технологій, оснащення закладів сучасним обладнанням.

В рамках виконання цього завдання передбачається також оснащення амбулаторій та ФП КНП «Війтівецький ЦПМСД» медичним обладнанням.

## Висновки до другого розділу

Реформування системи охорони здоров'я, що розпочалось з первинної ланки дає перші позитивні результати, проте говорити про ефективність цих реформ ще зарано. Пандемія стала каталізатором підняття на поверхню великої кількості невирішених проблем, пов'язаних з забезпеченням ефективної діяльності закладів охорони здоров'я всіх рівнів: скорочення забезпеченості населення лікарняними ліжками, погіршення кадрового забезпечення, недостатнє фінансування, формальний підхід до здійснення профілактики тощо.

Оцінка фінансово господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» свідчить показала наступне. Підприємство збиткове, фінансово залежне від зовнішнього фінансування. Власних доходів недостатньо для покриття витрат.

Скорочення збитку говорить про спроби відновити прийнятний фінансовий результат, але все ж досліджуване медичне підприємство не здатне стійко функціонувати протягом тривалого періоду часу на ринку медичних послуг. постійне зниження фонду накопиченого прибутку, що не дозволяє розвиватися, залучати додаткові кошти, а також поповнювати обіговий капітал. При цьому скорочення нерозподіленого прибутку призводить до посилення залежності підприємства від зовнішніх джерел фінансових ресурсів.

### 3 ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВІЙТІВЕЦЬКИЙ ЦПМСД»

#### 3.1 Розробка моделі системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Надання первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню містить значні диспропорції, обмежуючи доступність медичної допомоги на селі. Географічне розташування закладів мало відповідає щільності проживання населення, частина якого має долати значні відстані для отримання лікарської допомоги. Наявні кадрові диспропорції, як між первинною і вторинною ланками, так і між закладами ПМСД.

Модель ПМСД сільському населенню на рівні адміністративного району повинна передбачати: впровадження принципів європейського визначення спеціальності ЗП/СМ для організації поточної діяльності первинної ланки; впровадження кваліфікаційної характеристики лікарів ЗП/СМ, заснованої на компетентністному підході і відповідному навчанні лікарів; оцінку пацієнтами діяльності закладів і лікарів ПМСД за європейськими критеріями; моніторинг з подальшим удосконаленням моделі [45].

Критичними індикаторами, що вказують на ризики реформування ПМСД, є кількість лікарів (фізичних осіб) в адміністративному районі менше 18 на 10 тисяч населення і укомплектованість штатних посад лікарів менше 70%.

Дослідження ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД», переваг і недоліків процесу реформування первинної медико-санітарної допомоги, а також оцінка її діяльності з позицій узгоджених європейських норм функціонування первинної ланки [45] дозволили обґрунтувати і розробити удосконалену модель надання ПМСД на засадах ЗП/СМ, новими суттєвими

складовими елементами якої стали:

- оцінка пацієнтами діяльності закладів і лікарів ПМСД;
- впровадження принципів європейського визначення спеціальності ЗП/СМ для організації поточної діяльності первинної ланки; в
- провадження кваліфікаційної характеристики лікарів ЗП/СМ, заснованої на компетентністному підході і відповідному навчанні лікарів;
- моніторинг з подальшим удосконаленням моделі (рис. 3.1).



Рисунок 3.1 – Модель системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Базовим і системо утворюючим елементом удосконаленої моделі є впровадження принципів європейського визначення спеціальності ЗП/СМ. Через невідповідність цим принципам модель ПМСД, що впроваджується в Україні, не досягає очікуваних результатів. Процес надання первинної допомоги на принципах ЗП/СМ в українських умовах мало відрізняється від діяльності дільничних лікарів (терапевтів та педіатрів). Домінування біомедичного підходу і орієнтація на діагностику та лікування хвороб не

дозволяє отримати переваги профілактично орієнтовної допомоги з використанням біопсихосоціального, центрованого на пацієнті холістичного підходу, що покладений в основу європейського визначення спеціальності ЗП/СМ.

Самолікування і самодопомога пацієнтів знаходиться в українській системі охорони здоров'я поза впливом лікарів ЗП/СМ. Такі елементи ЗП/СМ як довготривала допомога, міждисциплінарний підхід, тісні відносини між СЛ і пацієнтом на основі довіри і унікального процесу консультування, людино-орієнтований підхід майже не використовуються для розширення власних можливостей пацієнтів.

Зміни у суспільстві, що викликані стрімким впровадженням інформаційних технологій і відповідним зростанням поінформованості пацієнтів поки не знайшли достатнього відображення у відносинах лікар-пацієнт в ЗП/СМ. При консультації продовжує переважати патерналістичний підхід до пацієнта. Система ОЗ в Україні поки не розробила інструментів для адекватної відповіді на зростання поінформованості пацієнтів завдяки широкому спектру доступних для них інформаційних джерел, в тому числі і завдяки Інтернету.

Для зміни процесу надання ПМСД необхідно змінити компетенції лікарів первинної ланки. Нові кваліфікаційні вимоги лікарів є похідними від принципів ЗП/СМ задекларованих в європейському визначенні, а також повинні враховувати особливості споживання (потреби пацієнтів) і надання медичних послуг (професійні завдання лікарів) в ПМСД, що склалися в українській системі ОЗ.

Нові компетенції лікарів ЗП/СМ в Україні будуть визначати зміст навчання, наукових досліджень і робити внесок в процес безперервного підвищення якості в ПМСД.

Важливим елементом удосконаленої моделі ПМСД є впровадження Міжнародної класифікації хвороб для первинної ланки (ICPC-2). Звичайні та поширені в Україні діагностичні класифікації враховують тільки медичні

аспекти нездоров'я. Від лікарів первинної ланки вимагається встановлювати діагноз за МКХ-10 в т.ч. на ранніх, недиференційованих (і часто оборотних) стадіях захворювань. І такі вимоги природно призводять до численних діагностичних помилок. Звичайні діагностичні критерії погано передають як багатовимірність, так і різноманітність показань до лікування в ЗП/СМ. Це стосується і захворювань які можуть саморозрішуватися і без активного медичного втручання.

Діагнози, які орієнтовані на клінічну медицину, часто бувають непридатні для раціонального зіставлення з показаннями до лікування у сфері ЗП/СМ. А в якості показань до лікування поряд з класичними діагнозами часто наводяться симптоми і комплекси симптомів. Найбільш адекватним підходом у таких випадках є застосування синдромального підходу, який покладений в основу ІСРС-2. Новим елементом удосконаленої моделі ПМСД є оцінка пацієнтами діяльності лікарів і закладів первинної ланки з використанням стандартизованих європейських інструментів. За наявності таких складових моделі ПМСД як вільний вибір лікаря ЗП/СМ, прикріпні списки пацієнтів та подушна оплата праці впровадження зазначених нових інструментів зворотного зв'язку підвищує мотивацію лікарів до надання якісної медичної допомоги, яка відповідає потребам пацієнтів. Проведене дослідження підтверджує ефективність даного елемента моделі.

Моніторинг і оцінка за показниками медичної, соціальної і економічної ефективності моделі ПМСД є важливим елементом її удосконалення. Це дозволяє уникнути дискретності у розвитку ПМСД адміністративного району і зробити процес удосконалення безперервним. А базові характеристики відповідно до європейського визначення, що закладені в основу нової моделі визначатимуть вектори змін у напрямку до європейських стандартів надання ПМСД.

Проведення такого моніторингу потребує уніфікованого методичного підходу, використання якого дозволить як оцінювати ефективність ПМСД в цілому та її окремих закладів, так і здійснювати стратегічне, тактичне

й оперативне планування її розвитку.

Моніторинг пропонується здійснювати за допомогою комплексу індикаторів, що був розроблений групою із 6 експертів в галузях загальної практики — сімейної медицини та організації охорони здоров'я, із врахуванням аналізу цілей, завдань та професійних компетенцій ПМД.

Весь комплекс запропонованих індикаторів розбитий на 5 груп з використанням як основних класифікаційних ознак провідних характеристик якості медичного обслуговування:

I. Індикатори доступності надання ПМД. Група критеріїв, які показують, наскільки доступною (легкою для отримання) є медична допомога для населення (перелік, вид та призначення індикаторів представлені в табл. 3.1).

Таблиця 3.1 - Перелік, вид та призначення індикаторів доступності ПМД

Назва	Індикатори	
	Тип с (структура -)	Призначення
Рівень фізичної доступності закладу	с	Вказує, наскільки легко пацієнтам добратися до закладу ПМД
Рівень фізичної доступності лікаря, що надає ПМД (навантаження на лікаря)*	с	Вказує, наскільки легко пацієнту потрапити на прийом до лікаря, враховуючи його навантаження
Рівень раціональності використання робочого часу лікаря та доступності медичної допомоги вдома	с	Вказує, наскільки організація ПМД сприяє раціоналізації використання робочого часу лікаря без необґрунтованих обмежень доступності допомоги вдома
Рівень відновлення лікарських кадрів*	с	Визначає, наскільки доступною може бути первинна медична допомога в найближчі роки
Рівень фізичної доступності медсестри середнього фахівця ПМД (сестра медична загальної практики — сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), навантаження на медичну сестру*	с	Вказує, наскільки легко пацієнту потрапити на прийом до медичної сестри, враховуючи її навантаження
Рівень ефективності використання професійного потенціалу медсестер	с	Вказує, наскільки легко пацієнту отримати допомогу медичної сестри за відсутності потреби пацієнта в компетенції лікаря
Рівень фізичної доступності медичного персоналу протягом дня та тижня для різних категорій пацієнтів	с	Вказує, наскільки зручним для пацієнтів є графік прийому лікарів
Рівень оснащення обладнанням та інструментарієм	с	Визначає, чи наявні у розпорядженні закладу та медичного персоналу всі засоби для надання необхідної ПМД
Рівень оснащення автотранспортом	с	Визначає, наскільки своєчасно можуть бути надані медичні послуги на дому
Рівень фізичної доступності лабораторних досліджень	с	Вказує, наскільки легко пацієнту дістатися до місця проведення необхідних досліджень

Рівень економічної доступності лабораторних досліджень	с	Вказує, наскільки фінансово доступним є проведення необхідних досліджень для пацієнта
Наявність ліків для надання допомоги у невідкладних станах	с	Показує готовність закладу надати невідкладну допомогу пацієнту при виникненні такої необхідності
Рівень фізичної доступності місць продажу ліків та виробів медичного призначення	с	Вказує, наскільки зручно пацієнту отримати/придбати медичні засоби за призначенням лікаря
<i>*Отримання індикатора можна забезпечити ефективніше при інформатизації закладу.</i>		

II. Індикатори якості надання ПМД. Група критеріїв, які показують, наскільки якісні медичні послуги може отримати пацієнт у цьому закладі (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 - Перелік, вид та призначення індикаторів якості ПМД

Індикатори		
Назва	Тип (структура — с, процес — п)	Призначення
1	2	3
Рівень кваліфікації лікарських кадрів	с	Вказує, наскільки кваліфіковані лікарі працюють у цьому закладі
Рівень кваліфікації сестринських кадрів	с	Вказує, наскільки кваліфіковані медичні сестри працюють у цьому закладі
Рівень інтенсивності безперервного професійного розвитку лікарів та медсестер	п	Вказує, наскільки лікарі та медичні сестри стежать за сучасними тенденціями і розвитком медицини
Рівень підготовленості медичного персоналу закладу до спеціального обслуговування пацієнтів (хворих у невідкладних станах, хворих на туберкульоз із застосуванням DOTS-стратегії, пацієнтів групи ризику щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу та пацієнтів із захворюванням на ВІЛ-інфекцію/СНІД, наркозалежних, хворих на депресію, хворих із посттравматичним стресовим розладом; інтегрованого ведення дітей; ведення фізіологічної вагітності)	п	Вказує, наскільки кваліфікований і компетентний медичний персонал у наданні допомоги окремим категоріям пацієнтів
Забезпечення спеціального обслуговування пацієнтів з груп, зазначених у попередньому пункті	п	Показує практику застосування медичним персоналом надання допомоги окремим категоріям пацієнтів
Забезпеченість медичного персоналу медико-технологічними документами для стандартизації медичної допомоги	с	Показує, чи забезпечені медичні працівники всіма необхідними медико-технологічними документами для надання якісної медичної допомоги

Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом для виявлення на ранніх стадіях захворювань: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, туберкульоз, депресивні розлади, посттравматичний стресовий розлад*	п	Показує повноту охоплення профілактичним скринінгом на певне хронічне захворювання категорій населення, які підлягають цьому скринінгу, згідно з доказовими даними (відповідної клінічної настанови)
--	---	--

Кінець таблиці 3.2

1	2	3
Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування сім'ї	п	Вказує, наскільки повно та якісно в закладі проводиться консультування з питань планування сім'ї
Рівень охоплення підлітків консультуванням з питань збереження репродуктивного здоров'я (запобігання небажаним вагітності, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом)	п	Вказує, наскільки якісно в закладі проводиться консультування підліткового населення щодо збереження репродуктивного здоров'я
Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма)**	п	Вказує на «управління випадками» найпоширеніших захворювань (виявлення, призначення лікування, забезпечення доступними ліками, контроль ефективності, корекція призначень)
Рівень економічного стимулювання якості	п	Вказує, наскільки медичний персонал економічно мотивований до підвищення якості та результативності медичної допомоги
Стан запровадження в закладі системи менеджменту якості	п	Вказує, чи запроваджена в закладі система менеджменту якості
*для отримання індикатора необхідна інформатизація закладу; **отримання індикатора можна забезпечити ефективніше при інформатизації закладу.		

III. Індикатори ефективності/результативності надання ПМД. Група критеріїв, які показують, наскільки ефективною та результативною є робота цього закладу ПМД (табл. 3).

Таблиця 3.3 - Перелік, вид та призначення індикаторів ефективності ПМД

Індикатори		
Назва	Тип (результат — р)	Призначення
1	2	3

Рівень імунізації від керованих інфекцій (кір, краснуха, паротит; туберкульоз; дифтерія, коклюш, правець; гемофільна інфекція; поліомієліт, вірусний гепатит В)**	p	Вказує, наскільки ефективною є превентивна діяльність у запобіганні керованим інфекційним захворюванням
Частота дефектів (задавнених випадків) у виявленні окремих видів захворювань у ранніх стадіях (туберкульоз, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, рак шкіри)**	p	Вказує, наскільки ефективно в закладі ПМД діють скринінгові програми для раннього виявлення певних захворювань

### Кінець таблиці 3.3

1	2	3
Рівень запобігання виникненню невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги (частота викликів екстреної медичної допомоги на 1000 прикріпленого населення по закладу ПМД)*	p	Вказує, наскільки ефективно в закладі профілакується виникнення гострих та невідкладних станів
Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування (частота госпіталізації на 100 осіб прикріпленого населення по закладу ПМД)*	p	Вказує, наскільки ефективно в закладі профілакується виникнення станів, що потребують стаціонарного лікування
Рівень адекватності місця надання медичної допомоги (% закінчених на рівні ПМД випадків обслуговування із загальної кількості звертань до закладу ПМД)**	p	Показує рівень ефективності надання медичної допомоги на первинній ланці
Рівень задоволеності пацієнтів отриманою ПМД	p	Вказує, наскільки пацієнти, що обслуговуються в закладі ПМД, задоволені наданою медичною допомогою
<i>*для отримання індикатора необхідна інформатизація закладу;</i>		
<i>**отримання індикатора можна забезпечити ефективніше при інформатизації закладу.</i>		

IV. Індикатори безпеки надання ПМД. Група критеріїв, які показують, наскільки безпечним є отримання медичної допомоги в закладі ПМД (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 - Перелік, вид та призначення індикаторів безпеки ПМД

Індикатори		
Назва	Тип (структура — с)	Призначення
Рівень організації дотримання санітарно-епідеміологічних вимог у приміщеннях закладу	с	Визначає, чи правильно проводиться прибирання приміщень
Рівень гарантій безпеки повітря у приміщеннях закладу	с	Визначає, чи правильно проводиться обробка повітря

Рівень використання одноразового інструментарію при обслуговуванні пацієнтів	с	Визначає, наскільки високий рівень запобігання інфікуванню хворих ятрогенним шляхом
Рівень організації обслуговування пацієнтів із лихоманкою	с	Визначає, наскільки високий рівень запобігання передачі інфекційної патології між хворими
Рівень організації прийому дітей молодших вікових категорій	с	Визначає рівень безпеки при обслуговуванні дітей молодших вікових категорій

V. Індикатори, які характеризують чутливість, — зручність і комфортність для пацієнтів перебування у закладі ПМД та виконання службових обов'язків для медичного персоналу (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 - Перелік, вид та призначення індикаторів чутливості закладів ПМД

Індикатори		
Назва	Тип (структура — с, процес — п)	Призначення
Рівень доступу у приміщення закладу для візкових інвалідів і матерів з немовлятами (у візках)	с	Показує зручність доступу до закладу ПМД людей з особливими потребами
Рівень доступності інформації щодо роботи закладу	с	Визначає, з яких джерел пацієнт може отримати інформацію щодо роботи закладу ПМД
Рівень організації запису на прийом та ведення черги	с	Визначає наявність можливостей дистанційного запису пацієнтів на прийом до лікаря та/чи медичної сестри і ефективність їхнього використання
Рівень зручності доступу до всіх приміщень закладу, де ведеться обслуговування пацієнтів «не по східцях» (з огляду на обслуговування людей із проблемами опорно-рухового апарату, візкових інвалідів і матерів з немовлятами)	с	Показує зручність доступу до закладу ПМД людей з обмеженими можливостями
Рівень доступності туалетів для всіх категорій пацієнтів	с	Визначає доступність туалетів для відвідувачів (у тому числі осіб з обмеженими можливостями)
Рівень доступності місць для сповивання немовлят	с	Визначає рівень уваги до потреб матерів із немовлятами

Наявність умов для зберігання візків		Визнає рівень уваги до потреб пацієнтів, які використовують спеціальні засоби пересування
Наявність виділеної зони для дітей	с	Визначає рівень уваги до потреб матерів із дітьми
Наявність інструменту громадського спостереження нагляду за роботою закладу	с	Вказує, чи здійснюється громадський контроль за роботою закладу
Рівень уваги до думки пацієнтів	п	Вказує, чи вивчається та враховується думка пацієнтів
Рівень уваги до думки надавачів ПМД	п	Вказує, чи вивчається та враховується думка медичного персоналу

На цьому самому етапі визначають джерела отримання інформації та методику розрахунку кожного з індикаторів. Зазначимо, що деякі індикатори (позначені в табл. 2 і 3 «\*») можуть бути виключно чи ефективніше отримані за наявності електронної інформаційної системи. Проте їх враховують при проведенні оцінки закладу/підрозділу як певний спосіб мотивації до прискорення інформатизації в системі ПМСД та формування її дизайну.

#### Характеристика II етапу

Оскільки для оцінки різних аспектів діяльності закладів ПМСД використовують як якісні, так і кількісні індикатори, для її уніфікації застосовували кваліметричний підхід — методологію комплексного кількісного оцінювання якості об'єктів будь-якої природи (Azgaldov G.G., Kostin A.V., 2011). Кількісні індикатори, розраховані в частках одиниці, процентах, проміле, градуують за 4-мірною шкалою: достатній/високий, середній, недостатній, низький рівні, які потім конвертують в бальну оцінку в межах 1–0. Достатній рівень показника відповідає міжнародно визнаним в охороні здоров'я критеріям (наприклад достатнім вважають рівень охоплення вакцинацією 95%), інші градації визначають експерти з урахуванням існуючих в національній охороні здоров'я тенденцій. Якісні показники градуують за 2-мірною шкалою (наявний — відсутній, так — ні) і також конвертують у бали 1 і 0.

Оскільки внесок різних індикаторів у загальну оцінку діяльності роботи

закладу неоднаковий, слід враховувати їх відносну важливість, для чого кожному індикатору експертно присвоюють відповідні вагові коефіцієнти (зазвичай 3–10). Для отримання кінцевого значення індикатора бальну оцінку перемножують на ваговий коефіцієнт. Далі по кожній групі індикаторів (доступність, якість, результативність, безпека, чутливість) визначають із врахуванням вагових коефіцієнтів максимальні та фактично набрані бали, їх суму та частку відповідності. На рисунку 3.2 представлено структуру оцінки по групах індикаторів у максимальній кількості балів.

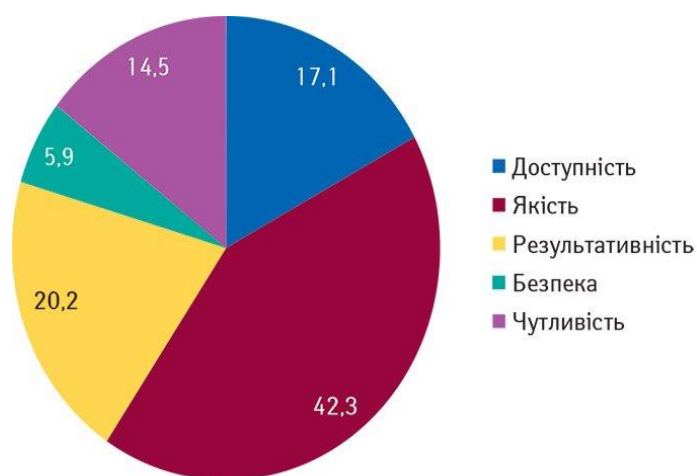


Рисунок 3.2 - Структура максимальної оцінки діяльності закладу за групами індикаторів (%)

### Характеристика III етапу

Процедура оцінки відбувається у 5 етапів:

1. Самооцінка. На цьому етапі працівники закладу заносять усі необхідні дані й проводять експертну оцінку закладу самостійно.
2. Зовнішній аудит, який проводять комісії у складі представників різних амбулаторій та керівних структур. Ці комісії здійснюють перевірку достовірності вхідних даних та експертну оцінку якісних показників.
3. Громадський аудит, що проводять представники професійних асоціацій (Українська асоціація сімейної медицини) або спеціалізованих консалтингових/аудиторських організацій із залученням представників професійних асоціації. Здійснюється перевірка достовірності вхідних даних

та експертна оцінка якісних показників. Перевірку доцільно проводити у лідерів рейтингу і вибірково серед усіх закладів.

4. Виявлення загальних і поширених проблем та обговорення результатів. На цьому етапі робиться загальний висновок щодо відповідності закладу критеріям належної практики та виявлення типових проблем і невідповідностей.

5. Планування. З використанням цього інструменту органи державної влади, корпоративні об'єднання власників закладів охорони здоров'я, корпоративні об'єднання надавачів ПМСД, професійні асоціації, консалтингові організації можуть виявляти заклади, в яких типові проблеми, притаманні іншим закладам, вирішені, і на основі їхнього досвіду формувати кейси вдалих рішень. Ці кейси пропонуються закладам із такими проблемами для допомоги щодо їх вирішення. Планування може здійснюватися на підставі самооцінки (процедурний етап I) або самооцінки і зовнішнього аудиту (процедурні етапи I і II), проте керівникам закладів та їх власникам варто враховувати, що об'єктивність і коректність висновків громадського аудиту із залученням професійних асоціацій та спеціалізованих організацій є значно вищими.

Отже, скориставшись даними методичними підходами керівництво КНП «Війтівецький ЦПМСД» зможе здійснювати на уніфікованій основі системний моніторинг ефективності діяльності свого закладу, виявляти проблемні зони і планувати їх усунення та розвиток ПМСД регіональному або місцевому масштабах із залученням всіх зацікавлених сторін (працівників закладів, органів управління та громадських організацій).

### 3.2 Впровадження інструменту EUROPER для оцінки пацієнтами якості роботи лікарів КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Управління ефективністю має забезпечувати використання як зовнішніх, так і внутрішніх стимулів для успішної роботи медперсоналу та менеджерів медичних підприємств та установ, а також поліпшення видимості пацієнтів медперсоналом і видимості менеджерами результатів роботи медперсоналу.

Однак, крім мотивації, в управлінні ефективністю повинні бути закладені і інші елементи управління людськими ресурсами, а також інших важливих аспектів забезпечення безперервного і стійкого зростання ефективності діяльності медичних підприємств та установ.

Тут можна навести думку британського дослідника С. Хатчінсон, яка підкреслює, що управління ефективністю має багато різних значень, але, по суті, воно є поліпшенням ефективності, і, як правило, відноситься до ряду ініціатив в галузі управління, які прагнуть зробити ефективність більш "керованою"[98, с. 2]. Його можна розглядати з різних точок зору, включаючи стратегії, організаційної поведінки, операційного менеджменту, економіки, бухгалтерського обліку та, безумовно, управління людськими ресурсами.

Таким чином, підбиваючи підсумок вищевикладеного, можна визначити поняття управління ефективністю діяльності медичного підприємства (установи) як систематичний і безперервний (циклічний) процес вдосконалення різних аспектів діяльності, що включає планування, оцінку, моніторинг результатів роботи і управління поведінкою працівників, спрямований на забезпечення сталого зростання ефективності діяльності медичної установи.

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг та ефективності діяльності в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є впровадження

наступних заходів.

Одним із напрямків ефективного управління медичним закладом є ефективна кадрова політика. Оскільки, якість і доступність надання медичної допомоги населенню напряму залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня.

Для виконання основних функцій і координації процесу управління ефективністю медичні установи та їх підрозділи повинні очолювати професійні менеджери, які мають спеціальну освіту і добре знайомі зі специфікою роботи закладів охорони здоров'я.

Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси [43].

З 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть свої функції без змін до закінчення терміну дії їхніх договорів [44].

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її (Відповідний наказ від 31.10.2018 № 1977 затвердили у МОЗ України).

Наступним напрямком в управлінні медичним закладом – активізація

впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління.

Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement) [6]. Але, обов'язковим для керівника у сфері якості є використання методу системного підходу для встановлення взаємодії всіх процесів у системі та запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги [1].

Світова практика управління якістю досить багатогранна та дозволяє більш ретельно вивчити особливості управлінського процесу. Концепція якості медичних послуг повинна ґрунтуватися на певному способі її вимірювання.

В медичній практиці європейських країнах зарекомендували себе такі методи вимірювання:

- аналіз "моментів правди";
- методика критичних подій (Critical Incident Technique);
- модель SERVQUAL (service quality);
- методика SERVPERF;
- модель P-C-P;
- модель EUROPER.

Модель EUROPER (patient evaluations of general practice) слугує для вимірювання рівня якості послуг і ґрунтується на такому засадничому положенні: на якість медичних послуг впливає не лише ефект від лікування, а й спосіб надання медичної допомоги. Модель EUROPER є стандартизованим інструментом для міжнародних вимірів якості медичних послуг, опрацьованих дослідниками восьми європейських країн.

Для оцінки задоволеності пацієнтів діяльністю лікарів КНП «Війтiвецький

ЦПМСД» пропонується використати Інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice), розроблений у 1995 – 1998 рр. (перший варіант) міжнародним консорціумом дослідників і лікарів ЗП/СМ.

23 пункти анкети (рисунок 3.3) для оцінки в п'яти вимірах медичної допомоги (взаємовідносини лікар-пацієнт, медична допомога, інформація та підтримка, доступність, організація надання послуг) (рисунок 3.3).

Анкета поєднує як організаційні аспекти, так і оцінку лікаря ЗП/СМ (не персональну). Оцінка здійснюється не за результатами окремого візиту, а в цілому за останні 12 місяців. Був здійснений максимально адаптований до умов української ОЗ переклад документу (Додаток Г).

Яка ваша оцінка (за п'ятибальною системою) вашого лікаря за останні 12 місяців за такими питаннями:

1. Чи виділяв лікар достатньо часу для Вас на прийом (консультацію)?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
2. Чи виявляв зацікавленість Вашою особистою ситуацією?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
3. Чи сприяв довірчості розмови, щоб Вам було легше повідомити йому про Ваші проблеми?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
4. Чи залучав Вас до процесу ухвалення рішення про медичну допомогу Вам?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
5. Чи слухав лікар уважно все, про що Ви говорили?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
6. Чи забезпечував лікар конфіденційність медичних записів та інформації про Вас?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
7. Чи забезпечував швидке полегшення Вашого стану?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
8. Чи допоміг візит до лікаря відчуті себе достатньо добре, щоб повернутися до Вашої звичайної діяльності?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
9. Чи ретельно підійшов до Ваших проблем?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
10. Чи проводив фізичне обстеження (огляд)?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
11. Чи пропонував Вам допомогу в профілактиці захворювань (наприклад, дод.обстеження, щеплення)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
12. Чи пояснював цілі обстежень, аналізів і лікування?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
13. Чи виявляв Вам достатньо про Ваші симптоми та/або хвороби?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
14. Чи допомагав Вам справитися з емоціями, пов'язаними з Вашим станом здоров'я?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
15. Допоміг зрозуміти (пояснював), чому важливо дотримуватися порад лікаря?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
16. Чи знав (пам'ятав), що було зроблено (сказано) Вам під час попередніх відвідувань медичного закладу?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
17. Чи роз'яснював і готував Вас до того, що очікувати від стаціонарного лікування або інших лікарів?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>

Ваша оцінка (за п'ятибальною системою) медичного закладу:

18. Доброзрачливість, ввічливість персоналу (крім лікаря) до Вас	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
19. Можливість запису на прийом у зручний для Вас час	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
20. Можливість запису на прийом по телефону	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
21. Можливість поговорити з лікарем по телефону	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
22. Час очікування прийому лікаря (під кабінетом)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
23. Швидке отримання допомоги при невідкладних проблемах зі здоров'ям (н-д, високий тиск і ін.)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>

Рисунок 3.3 – Інструмент EUROPER для оцінки пацієнтами якості роботи лікарів

Яка ваша оцінка (за п'ятибальною системою) вашого лікаря за останні 12 місяців за такими питаннями:					
1. Чи вистачив лікар достатньо часу для Вас на прийом (консультацію)?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
2. Чи виявляв зацікавленість Вашою особою ситуацією?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
3. Чи сприяв довіри розмови, щоб Вам було легше повідомити йому про Ваші проблеми?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
4. Чи залучав Вас до процесу ухвалення рішення про медичну допомогу Вам?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
5. Чи слухав лікар уважно все, про що Ви говорили?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
6. Чи забезпечував лікар конфіденційність медичних записів та інформації про Вас?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
7. Чи забезпечував швидке полегшення Вашого стану?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
8. Чи допоміг вам до лікаря відіти себе достатньо добре, щоб повернутися до Вашої звичайної діяльності?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
9. Чи ретельно підійшов до Ваших проблем?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
10. Чи проводив фізичне обстеження (огляд)?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
11. Чи пропонував Вам допомогу в профілактиці захворювань (наприклад, дод. обстеження, щеплення)?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
12. Чи пояснював цілі обстежень, аналізів і лікування?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
13. Чи виявляв Вам достатньо про Ваші симптоми та/або захворювання?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
14. Чи допомагав Вам справитися з емоціями, пов'язаними з Вашим станом здоров'я?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
15. Допомігав зрозуміти (пояснював), чому важливо дотримуватися порад лікаря?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
16. Чи знав (пам'ятав), що було зроблено (казано) Вам під час попередніх відвідувань медичного закладу?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
17. Чи роз'яснював і голував Вас до того, що очікувати від стаціонарного лікування або інших лікарів?	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
Ваша оцінка (за п'ятибальною системою) медичного закладу:					
18. Доброзичливість, ввічливість персоналу (крім лікаря) до Вас	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
19. Можливість запису на прийом у зручний для Вас час	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
20. Можливість запису на прийом по телефону	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
21. Можливість поговорити з лікарем по телефону	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
22. Час очікування прийому лікаря (під кабінетом)	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити
23. Швидке отримання допомоги при невідкладних проблемах зі здоров'ям (н-д, високі тиски і т.п.)	Погано	1	2 3 4 5	Добре	Не можна оцінити

## ЗМІСТОВНІ БЛОКИ АНКЕТИ

Комунікація



Медична допомога



Інформація



Організація медичної допомоги



Рисунок 3.4 – Змістовні блоки анкети

Зворотний зв'язок для підвищення якості медичної допомоги через оцінку задоволеності пацієнта роботою свого лікаря і наступні коригуючі заходи стали звичайними явищами в охороні здоров'я багатьох розвинених країн.

З цією метою нами розроблено спеціальний проект – соціологічне опитування «Оцінка якості взаємодії лікарів / медичних закладів», яке планується провести в період оголошеного локдауну починаючи з 8-го січня.

Мета дослідження — оцінка якості взаємодії лікарів / медичних закладів у межах отримання пацієнтами послуг первинної медицини в Війтівецькій ОТГ.

Завдання дослідження:

1. Визначити рівень задоволеності респондентів послугами первинної медицини (лікаря та медичної установи).
2. Оцінити готовність пацієнтів регулярно звертатися за профілактикою.
3. Визначити готовність пацієнтів дотримуватися призначень лікаря.
4. Описати респондентів, які мають довірче спілкування з лікарем та проходять профілактику раз на рік.

Об'єкт дослідження — мешканці Війтівецької ОТГ, віком від 18 років, які

уклали договір з сімейним лікарем / терапевтом та зверталися до закладу первинної медичної допомоги протягом останніх 12 місяців.

Предмет дослідження — задоволеність клієнтами Центру первинної медико-санітарної допомоги якістю взаємодії з лікарями та медичними закладами.

Метод збору інформації — соціологічне опитування у режимі анкетування респондентів.

Мається на увазі не просто анкетування задля виявлення думки пацієнта або його ставлення, а розробка дійсно методологічних інструментів, які би відповідали певним визначеним критеріям і дозволяли б вимірювати якісні характеристики процесу надання медичної допомоги. Такі стандартизовані опитувальники дозволяють не тільки кількісно оцінювати якісні параметри але й порівнювати їх як на локальному, так і міжнародному рівнях.

Унікальність процесу консультування, тривалість стосунків, безперервність допомоги та інші характеристики ЗП/СМ роблять взаємовідносини "лікар-пацієнт" наріжним каменем цієї спеціальності. Саме тому задоволеність пацієнта роботою лікаря ЗП/СМ є найбільш критичною у порівнянні з іншими медичними спеціальностями. Важливим аспектом запровадження таких інструментів є мотивація лікаря ЗП/СМ бути чутливим до думки пацієнтів і до проведення змін в організації ним медичної допомоги на основі отриманого зворотного зв'язку.

Більше того, мотивація лікарів до впровадження зазначених інструментів зворотного зв'язку підвищується при наявності таких складових моделі ПМСД як вільний вибір лікаря ЗП/СМ, прикріпні списки пацієнтів та подушна оплата праці. Моніторинг з боку лікаря задоволеності пацієнтів своєю діяльністю і порівняння себе з іншими колегами стає необхідністю в конкурентному середовищі. Факт вибору пацієнта на користь іншого лікаря вже є наслідком ситуації, яку неможливо виправити. Однак за допомогою поточної оцінки задоволеності пацієнтів можливе попередження такої ситуації через виявлення "слабких сигналів".

В процесі реформування вітчизняної ОЗ, впровадженні ЗП/СМ та системи

безперервного підвищення якості медичної допомоги на часі стоїть питання розробки власних або адаптації вже існуючих інструментів оцінки пацієнтами закладів (лікарів) ПМСД.

### 3.3 Обґрунтування заходів щодо забезпечення доступності надання первинної допомоги КНП «Війтівецький ЦПМСД»

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) визнана Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Послідовність політики ВООЗ стосовно ПМСД яскраво демонструє постійно зростаюче значення того внеску, який робить і, який може ще зробити, розвинута система ПМСД у здоров'я населення.

ПМСД направлена на вирішення основних проблем ОЗ населення й включає також заходи щодо зміцнення здоров'я, профілактики й реабілітації. Серед основних завдань, які визначили зміст діяльності ПМСД на найближчі десятиліття, були:

- сприяння раціональному харчуванню й достатньому забезпеченню доброякісною водою;
- проведення основних санітарно-гігієнічних заходів;
- охорона здоров'я матері й дитини, включаючи планування сім'ї;
- вакцинація проти основних інфекційних захворювань;
- профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними; санітарна освіта з актуальних проблем охорони здоров'я і способах їх вирішення, включаючи профілактику;
- лікування найпоширеніших захворювань і травм.

Вирішення завдань, покладених на ПМСД, можливе лише за умов дотримання основних принципів:

- належність до національної системи ОЗ та первинність у контакті окремої особи чи родини з системою ОЗ країни;
- максимальна наближеність до місця проживання та праці людини;
- максимальна доступність (за рівнем, обсягом, технологіями та терміном надання допомоги);

- відповідність професійної підготовки спеціалістів і матеріально-технічної бази її потребам;
- забезпечення потреб особливо вразливих груп населення (жінок, дітей, осіб із шкідливими умовами праці);
  - регламентація обов'язків держави та громадськості щодо ПМСД відповідними нормативними документами

Європейське відділення міжнародної організації, яка об'єднує національні асоціації ЗП/СМ (WONCA) визначило зміст і особливості загальної практики/сімейної медицини [41]. Цим документом терміни "загальна практика" (ЗП) і "сімейна медицина" (СМ) визнано еквівалентними. Визнано, що в межах ПМСД саме ЗП/СМ може забезпечити: доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я; інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг; раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я, рентабельність ПМСД. Окремі елементи ЗП/СМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМСД завдяки ефекту синергії.

При розробці моделі ПМСД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов на початковому етапі її впровадження необхідно було закласти всі необхідні елементи, навіть якщо на даному етапі відсутні можливості для їх реалізації. Створення умов і пошук ресурсів під конкретні завдання існуючої моделі ПМСД (з усіма необхідними елементами) є основою її подальшого розвитку.

Доступність первинної медичної допомоги (ПМД) – це сукупність характеристик спроможної мережі ПМД, а також вимог до місця розташування у просторі об'єкта інфраструктури, де надається ПМД, відповідно до яких пацієнт може отримати ПМД відповідної якості.

Для того, щоб вирішувати питання доступності ПМД, розглянемо основні характеристики ЗП/СМ, що притаманні вискооефективним системам охорони здоров'я (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6 - Характеристики ЗП/СМ, що притаманні високоефективним системам охорони здоров'я

Характеристика	Сутність
Загальність (general) медичної допомоги	Передбачає вирішення проблем із здоров'ям всього населення, незалежно від віку, статі, релігії, соціального стану або інших особливостей пацієнта. Медична допомога надається за всім спектром розладів здоров'я чи захворювань. Вона повинна бути легкодоступною з мінімальною втратою часу, без географічних, культурних, адміністративних або фінансових бар'єрів. В цьому контексті ПМСД розглядається як ділянка системи медичної допомоги, розташована у районі проживання пацієнта, де відбувається його перший контакт із системою охорони здоров'я. Доступність першого контакту (first-contact accessibility) визначається як можливість для пацієнта отримати медичну допомогу протягом часу, адекватному ургентності його стану [12, 13, 14]
Комплексність (comprehensive) послуг сімейного лікаря	забезпечує інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку [15, 16]. Комплексність ЗП/СМ також забезпечує оцінку фізичних, психологічних та соціальних перспектив пацієнта [17]. Сімейний лікар працює в ситуаціях, коли невизначена межа між станом і захворюванням і в прийнятті рішень він поєднує гуманістичні та етичні аспекти взаємовідносин "лікар – пацієнт" із клінічними аспектами. На первинному рівні існує порівняно низька поширеність тяжких захворювань, а лікарі часто мають справу із захворюваннями на самих ранніх і недиференційованих стадіях [18, 19]. Процес діагностики захворювань лікарем загальної практики значно відрізняється від аналогічного процесу в системі спеціалізованої медичної допомоги, оскільки на рівні стаціонарів за визначенням відбувається відбір більш важких хворих [20]. Така важлива відмінність ПМСД від спеціалізованої медичної допомоги вторинного рівня знайшла своє відображення у застосуванні синдромального підходу і запровадженні власної класифікації для ПМСД [21]
Безперервність і тривалість (longitudinal and continuity) медичної допомоги	вказують, що допомога орієнтована на хворого, а взаємодія лікаря і пацієнта не обмежується окремим епізодом захворювання. В цьому контексті сімейна медицина не просто розглядає безособистісні патологічні процеси або "клінічні випадки", а взаємодіє з пацієнтами і їхніми проблемами з урахуванням обставин їхнього життя [22]. Крім самого патологічного процесу, лікар сімейної медицини повинен також зрозуміти відношення і діяльність пацієнта відносно свого захворювання [23, 24]. Сфера діяльності сімейного лікаря поширюється від народження (а іноді й від дородового періоду) до смерті пацієнта. Тим самим забезпечується безперервність медичної допомоги протягом всього життя пацієнта [25].
Координація (coordination)	передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником в системі охорони здоров'я (ринку медичних

Характеристика	Сутність
	<p>послуг) [45]. Це пов'язано із стримуванням надмірних витрат в системах ОЗ, причиною яких є дублювання функцій різними ланками ОЗ, адже саме вільний доступ пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги призводить до такої ситуації [3]. З однієї сторони, пацієнт не є достатньо компетентним у виборі найбільш адекватної медичної допомоги відповідно до свого стану, а з іншої, найбільш вартісна допомога сприймається ним як найбільш бажана, тому ви конання лікарем ПМСД функції "воротаря" (gatekeeper) забезпечує вертикальну інтеграцію первинного та інших рівнів медико-санітарної допомоги, сприяючи наданню допомоги на тому рівні і тим фахівцем, які найкращим чином відповідають захворюванню і стану пацієнта [46]. В той же час, по відношенню до інших надавачів соціальної і медичної допомоги сімейний лікар виступає в якості менеджера, який координує їх діяльність [47].</p>
Співробітництво (collaboration)	<p>Сімейні лікарі повинні бути підготовлені працювати з іншими працівниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, делегуючи їм при необхідності піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших дисциплін [48]. Вони можуть зробити важливий внесок і взяти активну участь в добре функціонуючій міждисциплінарній команді і повинні бути підготовлені брати на себе керівництво її роботою [49].</p>
Орієнтація на сім'ю	<p>підкреслює важливість впливу близького оточення пацієнта на його здоров'я. Сімейна медицина вирішує проблеми індивідів в контексті їхніх сімейних обставин, соціальної і культурної мережі, а також умов, в яких вони живуть і працюють [52, 53].</p>
Орієнтація на громаду	<p>передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я спільно та із залученням інших агенцій, секторів, груп самопомоги та громадських організацій [63]. Як для окремих пацієнтів, так і для громади в цілому формальний зв'язок з локальним центром ПМСД збільшує ймовірність формування довгострокових відносин, посилення уваги з боку медичних установ до визначення основних принципів первинної допомоги [68].</p>

Переваги орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД наступні:

- 1) Первинна медико-санітарна допомога потребує менших ресурсів у порівнянні зі спеціалізованою допомогою. Лікарі загального профілю дотримуються тих же принципів клінічної практики, що й фахівці, але рідше вдаються до високотехнологічних методів діагностики і лікування. Вони призначають менше інвазивних процедур із застосуванням високовартісних технологій, рідше госпіталізують пацієнтів і на менш тривалі строки, приділяючи

набагато більшу увагу профілактичним заходам. Це приводить до зниження загальних витрат на медичні послуги на фоні однакових результатів лікування і більш високої задоволеності пацієнтів.

- 2) Переміщення точки доступу (first point) в систему охорони здоров'я зі спеціалізованих лікарень в амбулаторні установи загального профілю створює передумови для всебічної, безперервної й орієнтованої на пацієнта допомоги, підсилюючи переваги такого переміщення. Особливо це стосується випадків, коли послуги надаються на базі мережі невеликих пунктів, розташованих у безпосередній близькості від населення, наприклад, у сільській місцевості.
- 3) Підвищенню задоволеності пацієнтів якістю допомоги, обумовлює зниження частоти госпіталізації, скорочення навантаження на центри спеціалізованої й екстреної допомоги. Рівень задоволеності пацієнтів первинною допомогою, яку надають лікарі загальної практики значною мірою залежить від характеру надання допомоги, від манери поведінки лікаря в цілому й від конкретного лікаря, від можливості одержання допомоги в позаурочні години, від ступеня наступності й безперервності в наданні допомоги, а також від можливості проходити регулярне профілактичне обстеження.

Загальні тенденції розробки сучасної моделі ПМСД відображають зміни практично всіх основних компонентів ПМСД у прагненні до надання найбільш якісної і одночасно економічно ефективною допомогою населенню у збереженні і відновленні здоров'я. Найбільш важливі тенденції наведено у табл.3.7.

Таблиця 3.7 - Світові тенденції в розробці сучасної моделі ПМСД

Аспекти	Традиційна модель ПМСД	Сучасна модель ПМСД
Основна діяльність	Діагностика і лікування гострих випадків захворювань. Епізодична медична допомога	Профілактика, нагляд і підтримка при хронічних захворюваннях. Всеохоплююча,

		безперервна допомога.
Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Більше проактивний (ініційований медпрацівником)
Фокус уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади в здоров'ї
Принцип виділення ресурсів на ПМСД	В залежності від попиту на певні медичні послуги	Відповідно до потреб громади у здоров'ї ("Здоров'я для всіх")

### Кінець таблиці 3.7

Аспекти	Традиційна модель ПМСД	Сучасна модель ПМСД
Підхід до надання ПМСД	Уніпрофесійний (заснований лише на лікарській допомозі)	Мультипрофесійний (заснований на роботі команди різних фахівців)
Організація	Окремий лікар в одиночній амбулаторії	Команда (бригада) професіоналів з ПМСД
Стосунки лікар-пацієнт	Обмежуються епізодом звернення і часом консультації	Довгострокові особисті стосунки.
Стиль консультування	Патерналістський, центрований на лікарі.	Партнерський, центрований на пацієнті, інформована згода.
Прийняття клінічних рішень	Клінічна "свобода" лікаря.	Дотримання стандартів і протоколів. Доказова медицина.
Мета ведення медичної документації	Паперові нотатки для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців.
Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їх власного здоров'я і здоров'я громади в цілому.
Відповідальність за здоров'я громади	Покладається на медичний сектор	Застосовується міжсекторальний підхід із активним залученням самої громади.

КНП «Війтівецький ЦПМСД» територіально розташоване в сільській місцевості. Організація медичної допомоги в сільській місцевості має ряд особливостей, серед яких можна виділити малу кількість прикріпленого населення, яке проживає на значній території і з низькою щільністю, що не дозволяє у повній мірі реалізувати населенню своє право вибору медичного

закладу і лікаря, а також, особливості способу життя сільських мешканців: ненормована у часі виробнича зайнятість; відсутність соціальних умов для повноцінного і здорового відпочинку і, як наслідок значна поширеність вживання алкоголю та інших шкідливих звичок, низька санітарна культура, більш часте використання методів самолікування і само призначення лікарських засобів, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань (наприклад вживання жирної їжі, або наявність зайвої ваги), та більш пізні звернення за медичною допомогою у разі виникнення розладів здоров'я.

З моменту реформування і створення КНП «Війтівецький ЦПМСД» не проводився аналіз впровадженої моделі ПМСД і насамперед ЗП/СМ за базовими характеристиками (загальність, комплексність, безперервність і тривалість, координація, співробітництво, орієнтація на сім'ю і громаду), розвиток яких і створює ті переваги, заради яких і здійснюється реформування. Без оцінки цих базових характеристик неможливо визначити наскільки система охорони здоров'я зазнала змін і чи дійсно ці зміни здійснюються в правильному напрямку.

Дослідження результатів переходу до надання ПМСД на засадах ЗП/СМ на рівні адміністративного району включає три напрямки:

- Структура (межі доступності ПМСД, кадри)
- Процес (ПМСД, ШМД, стаціонарна допомога)
- Результати (демографічні дані, захворюваність 26 од.)

За даними таблиці 3.8 можна визначити доступність ПМСД відповідно цієї методики.

Таблиця 3.8 - Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД – (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)			
		індикатори	оцінка індикатора	ваговий коефіцієнт	методика вимірювання

Доступність ПМСД	1.1	Радіус обслуговування (км)	3 – 2 км і менше; 2 – більше 2 км, але не більше 5 км; 1 – більше 5 км, не більше 7 км; 0 – більше 7 км	0,85	відстань від закладу ПМСД до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км)
	1.2	Частка СЛ, серед усіх лікарів закладу ПМСД	3 – 85% і більше; 2 – 50-84% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,75	100 х (кількість лікарів З ПСМ, які працюють у закладі ПМСД)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД)

Засновником КНП «Війтівецький ЦПМСД» є Жданівська об'єднана територіальна громада (надалі – ОТГ), що об'єднує п'ять населених пунктів Жданівка, Качанівка, Дібрівка, Семки, Ольгине (рис.3.5) із загальною чисельністю населення 4489 осіб.

Одним із важливих критеріїв оцінки структури є наближеність закладу ПМСД до пацієнтів. Для оцінки наближеності на рівні лікаря/закладу пропонувались оціночні коефіцієнти за значенням показника відстані:

3 – найкращий – відстань від закладу/підрозділу ПМСД до пацієнтів менше 2 км; 2 – добрий – 2-5 км; 1 – задовільний – понад 5 км; 0 – незадовільний – більше 7 км.

Як видно, навіть візуально, територіально для Війтівецької громади найвіддаленішим населеним пунктом є с. Лісогірка (рис. 3.5). Згідно даних ГуглМер – відстань між адміністративним центром та означеним населеним пунктом – 18 км, швидкість прибуття на місце призначення автомобільним транспортом – 20 хв (рим. 3.6).

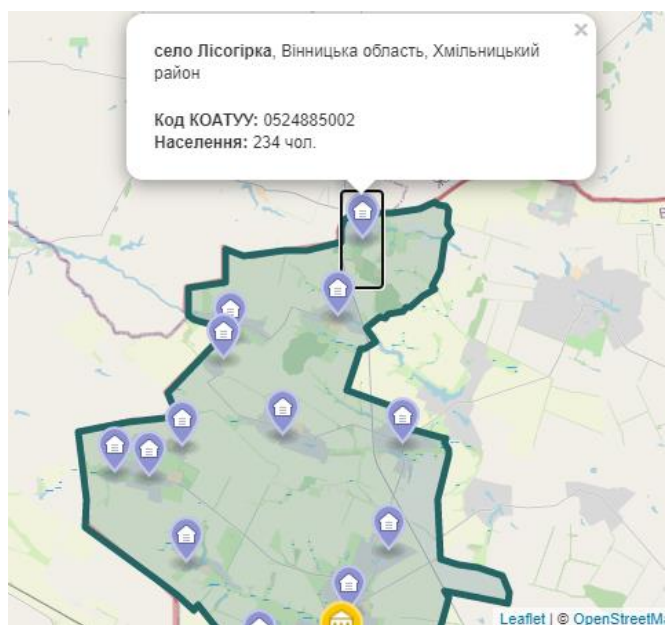
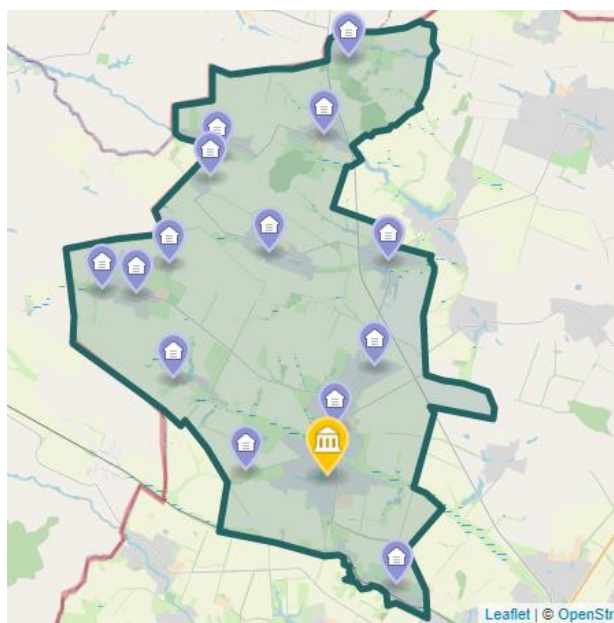


Рисунок 3.5 – Карта Селищ Війтівецької ОТГ

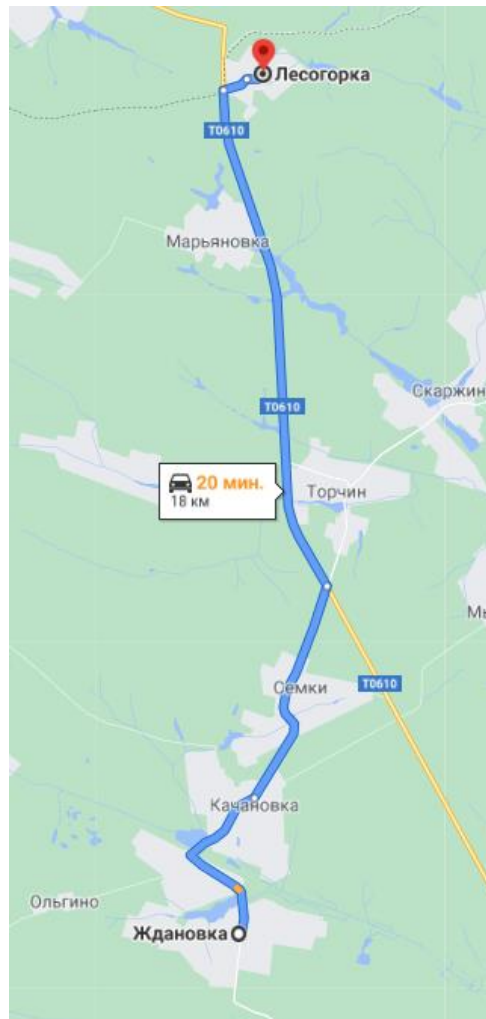


Рисунок 3.6 – Маршрут Жданівка-Лісогірка з часом доїзду автомобільним транспортом

За даними таблиці розрахуємо загальний показник доступності ПМСД по критерію «ефективність організації» КНП «Війтівецький ЦПМСД»:

$$0 * 0,85 + (100 * 2) / 2 * 0,75 = 75\%$$

Для досягнення відповідності встановленим критеріям доступності необхідно впровадити регулярний моніторинг й оцінку якості на основі створеної системи планових індикаторів та бальної оцінки. Результати моніторингу й оцінки слід використовувати першому керівнику та лінійним і функціональним керівникам для прийняття рішень з підвищення якості в межах наділених повноважень.

Для проведення порівняльної оцінки необхідно обрати відповідний методичний інструментарій. Наведений матеріал в таблицях 3.6 та 3.7 може бути використаний в практиці досліджуваного підприємства з метою самооцінки доступності надання ним первинної допомоги.

Для цього скористаємось бальною оцінкою, попередньо встановивши індикатори по кожному показнику структури або функції. Показники розвитку ПМСД та їх бальне визначення наведено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 – Показники розвитку ПМСД КНП «Війтівецький ЦПМСД» та їх бальне визначення

Показник (структури або функції)	Індикатор	Бальна оцінка	КНП «Війтівецький ЦПМСД»
Нормативне забезпечення (керівність процесу реорганізації)	Наявність регіональних програм розвитку ПМСД, затверджених відповідними документами (рішення сесії ради, розпорядження, наказ) і з передбаченими видатками бюджету	0 = Відсутні відповідні програми 1 = Програма є, але не виконується у повному обсязі (недофінансування, або ін.) 2 = Програма виконується у повному обсязі	0
Фінансування	Наявність окремого фінансового розрахунку видатків ПМСД	0 = Відсутність фінансового розрахунку видатків ПМСД 1 = Наявність фінансового розрахунку видатків ПМСД 2 = Наявність окремого фінансування видатків ПМСД	1
Кадрове забезпечення	Процент сімейних лікарів серед лікарів первинної ланки, що безпосередньо ведуть прийом пацієнтів	0 = якщо < 50% 1 = якщо $\geq 50\%$ але < 100% 2 = всі лікарі первинної ланки лікарі ЗП/СМ	2
Безперервність і тривалість (longitudinality)	Наявність списків (комп'ютерної бази даних) прикріплених пацієнтів. Вимоги до списку: персональний (або сімейний) принцип та документальний (наказ, договір) факт закріплення за окремим лікарем ЗП/СМ	0 = Відсутність списків (комп'ютерної бази даних) прикріплених пацієнтів 1 = Наявність списків у окремих лікарів або амбулаторій 2 = Наявність списків у всіх лікарів ЗП/СМ району	0
Доступність (access)	Наявність автомобільного транспорту у закладі ЗП/СМ	0 = якщо забезпеченість транспортом < 50% 1 = якщо $\geq 50\%$ але < 100% 2 = всі заклади ЗП/СМ забезпечені транспортом	1
Загальність (general) та комплексність (comprehensive)	Охоплення обслуговуванням сімейним лікарем всього населення починаючи із новонароджених	0 = СЛ не обслуговують окремі групи населення (новонароджених) 1 = Окремі СЛ обслуговують всі верстви населення, починаючи із новонароджених 2 = Всі СЛ обслуговують все населення, починаючи із новонароджених	1

### Кінець таблиці 3.9

Показник (структури або функції)	Індикатор	Бальна оцінка	КНП «Війтівецький ЦПМСД»
Функція "воротаря" (gatekeeper) та координації (coordinated)	Наявність затвердженого відповідним наказом керівництва, що регулює систему направлень з первинної ланки до спеціалізованої медичної допомоги	0 = Відсутність керівництв і протоколів щодо системи направлень 1 = Наявність затверджених місцевими наказами окремих елементів (протоколи щодо певних станів або нозологій) системи направлень 2 = Наявність розробленої і затвердженої системи направлень ПМСД	1
Співробітництво (collaborative)	Наявність розвинутої системи обміну інформацією між первинною і вторинною ланками охорони здоров'я (затверджене відповідним наказом керівництвом)	0 = Відсутність керівництв і протоколів щодо системи обміну інформацією 1 = Наявність затверджених місцевими наказами окремих елементів системи 2 = Наявність розробленої і затвердженої системи обміну інформацією	1
Орієнтація на сім'ю (family-oriented)	Організація ведення медичних записів за сімейним принципом	0 = Відсутність елементів організації медичних записів за сімейним принципом 1 = Каталогізація медичних записів в амбулаторії ЗП за сімейним принципом 2 = Наявність електронної бази даних пацієнтів із можливістю систематизації за сімейним принципом	1
Орієнтація на громаду (community-oriented)	Систематичний збір та аналіз інформації про стан здоров'я прикріпленого населення (територіальної громади). Подання звіту до місцевих органів влади	0 = Не проводиться 1 = Проводиться окремими закладами ЗП/СМ 2 = Проводиться всіма закладами ЗП/СМ району	0
		Разом	8

Здійснюючи оцінювання бачимо, що на даний час КНП «Війтівецький ЦПМСД» має 8 балів з 20 можливих. Здійснюючи подібний моніторинг з певною періодичністю, можна буде оцінювати діяльність КНП «Війтівецький ЦПМСД» на певну дату. Порівнюючи показники в динаміці можна буде робити висновки про ефективність діяльності підприємства в плані його розвитку. Достатній рівень розвитку загальної лікарської практики потребує створення не тільки нормативної, але й матеріально-технічної складової реорганізації закладів охорони здоров'я первинної ланки. Для виконання однієї з найголовніших функцій лікаря загальної практики / сімейного лікаря

(ЛЗП/СЛ) – діагностики та виявлення хвороб, його робоче місце має бути достатньо технічно оснащеним.

## Висновки до третього розділу

Розроблено модель системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД». Новими суттєвими складовими елементами якої стали:

- оцінка пацієнтами діяльності закладів і лікарів ПМСД;
- впровадження принципів європейського визначення спеціальності ЗП/СМ для організації поточної діяльності первинної ланки; в
- моніторинг з подальшим удосконаленням діяльності досліджуваного підприємства.

Запропоновано впровадження інструменту EUROPER для оцінки пацієнтами якості роботи лікарів КНП «Війтівецький ЦПМСД». Розроблено проект соціологічного дослідження серед жителів Війтівецької ОТГ з метою оцінки якості взаємодії лікарів / медичних закладів у межах отримання пацієнтами послуг первинної медицини.

Розроблено рекомендації щодо запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу за допомогою бального оцінювання показників розвитку ПМДС (структури або функції) . Здійснивши оцінювання бачимо, що на даний час КНП «Війтівецький ЦПМСД» має 8 балів з 20 можливих. Здійснюючи подібний моніторинг з певною періодичністю, можна буде оцінювати діяльність КНП «Війтівецький ЦПМСД» на певну дату. Порівнюючи показники в динаміці можна буде робити висновки про ефективність діяльності підприємства в плані його розвитку.

## ВИСНОВКИ

В першому розділі дипломної роботи висвітлено теоретико-методичні засади управління процесом забезпечення ефективності діяльності медичної організації, зокрема:

- Проаналізовано визначення поняття ефективності як економічної категорії.

Економічна категорія «ефективність» відіграє ключову роль в діяльності та функціонуванні підприємств, організацій та суб'єктів господарювання та є основним узагальнюючим показником оцінки їх діяльності. В сучасній літературі автори-науковці не дають єдиного визначення даному терміну, хоча для проведення економічної оцінки ефективності важливо розуміти, що являє собою поняття «ефективність».

Поруч з категорією «ефективність» часто використовуються як синоніми такі терміни, як «результативність», «економічність» та «продуктивність». Тому в роботі були розглянуті вищенаведені терміни та в результаті аналізу ідентифіковані їх певні економічні розмежування. Ми прийшли висновку, що дані поняття є близькими за економічною сутністю, але зовсім не тотожними.

- Розглянуто сутність ефективності діяльності підприємства в системі охорони здоров'я.

Важливою особливістю категорії ефективності системи охорони здоров'я є те, що оцінювати її доводиться в трьох аспектах: соціальне, медичне і економічному. При цьому соціальна і медична ефективність є визначальними при виборі тієї чи іншої медичної технології. Показники економічної ефективності, необхідні для вибору найбільш оптимальних варіантів фінансування, можуть допомогти у встановленні черговості проведення тих чи інших заходів в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Таким чином, ефективність розглядається з позицій отримання максимального соціального і медичного ефекту при мінімальних фінансових

витратах. В цілому вона відображає зусилля управлінців в галузі охорони здоров'я по перетворенню витрат в якість.

Порівняльна оцінка індикаторів соціальної, медичної та економічної ефективності з використанням автоматизованої інформаційної системи є основою для прийняття ефективних управлінських рішень тактичного і стратегічного характеру: щодо ефективності використання трудових та матеріальних ресурсів, витрачання бюджетних коштів, ділової активності на ринку медичних послуг.

Можливість використання уніфікованих індикаторів в системі медичних установ і порівняння їх з нормативними значеннями (стандартами) дозволяє в динаміці проводити моніторинг ефективності системи охорони здоров'я на різних рівнях, в тому числі на рівні окремих установ, що дає можливість оперативно і обґрунтовано здійснювати управлінські впливи.

- Розглянуто та класифіковано наявні підходи до оцінювання ефективності діяльності медичних установ. Сформульовано основні характеристики, якими повинна володіти дієва система вимірювання ефективності. Виділено основні елементи системи ключових індикаторів ефективності медичної установи

На нашу думку, методологія аналізу та оцінювання ефективності результатів діяльності підприємств в сучасних умовах посідає важливе місце в системі розвитку економічних процесів і формування нових концепцій сучасного управління у взаємозв'язку із розвитком теоретико-методологічного та практичного інструментарію менеджменту, цифрового маркетингу, інформаційної економіки, розвитку інформаційно-комунікаційних технологій і економічних трансформацій.

- Здійснено огляд наукових підходів до розуміння сутності поняття управління ефективністю в цілому, та діяльності медичних організацій зокрема.

Управління ефективністю розглядається як процес, який повинен призводити до вдосконалення, підвищення ефективності роботи організації.

В якості основи процесу управління ефективністю в охороні здоров'я виділяють чотири інтегрованих компонента: стандарти ефективності (наприклад, цілі, показники та цілі); застосування показників ефективності; звітність про стан робіт і зворотного зв'язку; дії щодо поліпшення якості.

В другому розділі дипломної роботи здійснено дослідження стану та ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД».

Реформування системи охорони здоров'я, що розпочалось з первинної ланки дає перші позитивні результати, проте говорити про ефективність цих реформ ще зарано. Пандемія стала каталізатором підняття на поверхню великої кількості невирішених проблем, пов'язаних з забезпеченням ефективної діяльності закладів охорони здоров'я всіх рівнів: скорочення забезпеченості населення лікарняними ліжками, погіршення кадрового забезпечення, недостатнє фінансування, формальний підхід до здійснення профілактики тощо.

Оцінка фінансово господарської діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД» свідчить показала наступне. Підприємство збиткове, фінансово залежне від зовнішнього фінансування. Власних доходів недостатньо для покриття витрат.

Скорочення збитку говорить про спроби відновити прийнятний фінансовий результат, але все ж досліджуване медичне підприємство не здатне стійко функціонувати протягом тривалого періоду часу на ринку медичних послуг. постійне зниження фонду накопиченого прибутку, що не дозволяє розвиватися, залучати додаткові кошти, а також поповнювати обіговий капітал. При цьому скорочення нерозподіленого прибутку призводить до посилення залежності підприємства від зовнішніх джерел фінансових ресурсів.

В третьому розділі дипломної роботи розроблено рекомендації щодо формування системи управління процесом забезпечення ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД».

Розроблено модель системи управління процесом забезпечення

ефективності діяльності КНП «Війтівецький ЦПМСД». Новими суттєвими складовими елементами якої стали:

- оцінка пацієнтами діяльності закладів і лікарів ПМСД;
- впровадження принципів європейського визначення спеціальності ЗП/СМ для організації поточної діяльності первинної ланки; в
- моніторинг з подальшим удосконаленням діяльності досліджуваного підприємства.

Запропоновано впровадження інструменту EUROPER для оцінки пацієнтами якості роботи лікарів КНП «Війтівецький ЦПМСД». Розроблено проект соціологічного дослідження серед жителів Війтівецької ОТГ з метою оцінки якості взаємодії лікарів / медичних закладів у межах отримання пацієнтами послуг первинної медицини.

Розроблено рекомендації щодо запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу за допомогою бального оцінювання показників розвитку ПМСД (структури або функції) . Здійснивши оцінювання бачимо, що на даний час КНП «Війтівецький ЦПМСД» має 8 балів з 20 можливих. Здійснюючи подібний моніторинг з певною періодичністю, можна буде оцінювати діяльність КНП «Війтівецький ЦПМСД» на певну дату. Порівнюючи показники в динаміці можна буде робити висновки про ефективність діяльності підприємства в плані його розвитку.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К.; Львів: НАДУ, 2012. – 240 с.
2. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rusnauka.com/Medecine>
3. Давиденко Н. М. Оцінювання ефективності корпоративного управління акціонерними товариствами / Н. М. Давиденко // Вісник Львівської комерційної академії. Серія: Економічна. – 2011. – Вип. 35. – С. 108–111.
4. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf>
5. Економіка результативності діяльності підприємства: монографія / О. І. Олексюк. – К.: КНЕУ, 2008. – 362 с.
6. Ілляшенко О. В. Механізми системи економічної безпеки підприємства: монографія / О. В. Ілляшенко. – Х.: Мачулін, 2016. – 504 с
7. Осовська Г. В. Основи менеджменту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://library.if.ua/book/3/458.html>.
8. Друкер П. Ф. Эффективный управляющий / Питер Фердинанд Друкер. – Москва : ВСІ, 1994. – 268 с.
9. Ткачова О. Ефективність державного управління: поняття та підходи до оцінювання / О. Ткачова // Вісник Національної академії державного управління. – 2015. – С. 30–37.
10. Солодкая М. С. Надежность, эффективность, качество систем управления / М. С. Солодкая // Теоретический журнал «Credo». – Оренбург. –

№ 5(17). – 2017. – С. 30–46.

11. Літвінова В. О. Економічна ефективність: сутність та форми / В. О. Літвінова // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2014. – № 2. – С. 43-45.

12. Перерва П. Г. Дослідження категорій "ефективність", "результативність" та "економічність" [Електронний ресурс] / П. Г. Перерва, А. В. Кравчук // Стратегічні перспективи розвитку економічних суб'єктів в нестабільному економічному середовищі : зб. тез наук. робіт 2-ї Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, 28-30 листопада 2017 р. / Кременчуцький нац. ун-т ім. Михайла Остроградського. – Електрон. текстові дані. – Кременчук, 2017. – С. 149-152.

13. Економіка охорони здоров'я / Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – С. 177 – 190.

14. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. - М.: МЦФЭР, 2005. - 318 с.

15. Економічна ефективність медичного закладу Режим доступу: <https://www.medsprava.com.ua/article/863-ekonomchna-efektivnst-medichnogo-zakladu>

16. Жидкова О. И. Медицинская статистика [Текст] : Конспект лекций / О. И. Жидкова. — М. : Эксмо, 2009. — 160 с.

17. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70-75; URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762> (дата обращения: 21.11.2020).

18. Голубева М.Л. Медицинский менеджмент: специфика и подходы // Российское предпринимательство. – 2011. – Том 12. – № 4. – С. 126-129.

19. Armstrong M. Armstrong's Handbook of Performance Management: An Evidence-Based Guide to Delivering High Performance / M. Armstrong. – London: Kogan Page, 2015. – 416 p.

20. Heathfield S.M. Performance Management Is NOT an Annual Appraisal.

[Електронний ресурс] / S.M. Heathfield. – 2014. – Режим доступу: [http://humanresources.about.com/od/performanceevals/a/performancegmt\\_2.htm](http://humanresources.about.com/od/performanceevals/a/performancegmt_2.htm)

21. Daniels A.C. Performance Management: Improving Quality and Productivity through Positive Reinforcement / A.C. Daniels, J.E. Daniels. – Atlanta: Performance Management Publications, 1989. – 250 p

22. Bititci U.S. Integrated performance measurement systems: an audit and development guide / U.S. Bititci, A.S. Carrie, L. McDevitt // The TQM Magazine. – 1997. – Vol. 9 No. 1. – P. 46-53.

23. Waldman D. Designing performance management systems for total quality implementation / D. Waldman // Journal of Organizational Change Management.– 1994. – Vol. 7 No. 2. – P. 31-44.

24. Radnor Z. Historical analysis of performance measurement and management in operations management / Z. Radnor, D. Barnes // International Journal of Productivity and Performance Management. – 2007. – Vol. 56 No. 5-6. – P. 384-396.

25. Куценко А.В. Організаційно-економічний механізм управління ефективністю діяльності підприємства: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка на управління підприємствами» / А.В. Куценко. – Полтава, 2007. – 20 с.

26. Говорушко Т.А. Управління ефективністю діяльності підприємств на основі вартісно-орієнтованого підходу : монографія / Т.А. Говорушко, Н.І. Климаш. – К.: Логос, 2013. – 204 с.

27. Гончарук А. Г. Формування механізму управління ефективністю підприємства (на прикладі харчової промисловості) [Текст] : дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.04 / Гончарук Анатолій Григорович. Одеса, 2010. – 474 с.

28. Barrows E. Managing Performance in Turbulent Times: Analytics and Insight / E. Barrows, A. Neely. – New Jersey: John Wiley and Sons, 2011. – 277 p.

29. Landrum L.B. Managing complex systems: performance management in public health / L.B. Landrum , S.L. Baker // Journal of Public Health Management

and Practice. – 2004. – Vol. 10 No. 1. – P. 13-18.

30. Drumm B. The Challenge of Change / B. Drumm. – Dublin: Open Press, 2011. – 256 p.

31. Mesabbah M. Performance management of the public healthcare services in Ireland: a review / M. Mesabbah, A. Arisha // International Journal of Health Care Quality Assurance. – 2016. – Vol. 29 No. 2. – P. 209-235.

32. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення: монографія / Н.В. Авраменко. – Запоріжжя: КПУ, 2010. – 196 с.

33. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України / Т.Г. Погребський // Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна, серія" Геологія. Географія. Екологія. – 2014. – № 40. – С. 101-104.

34. Охорона здоров'я // Державна служба статистики України, 2018. [Електронний ресурс]: (сайт Державної служби статистики України) – Режим доступу: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/06/zb\\_zoz\\_17.xls](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.xls).

35. Габуева Л.А. Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес планирование / Л.А. Габуева. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 184 с.

36. Гончарук А.Г. Об эффективности системы здравоохранения Украины / А.Г. Гончарук // Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету. – 2016. – Вип. 26. – С. 36-41.

37. Алшарф, І. А. М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних закладів : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04 / І. А. М. Алшарф. - Чернігів, 2020. - 19 с.

38. World Health Statistics 2015. – Geneva: World Health Organization, 2015. – 282 p.

39. Село Війтівці Хмельницького району перейменують на Жданівку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vinrada.gov.ua/selo-vijtivci>

hmlnickogo-rajonu-perejmenujut-na-zhdanivku.htm

40. <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-map>

41. The European definition of general practice: WONCA / Family Medicine in Europe. – 2002. 42.

43. Melnik L.A. (2018), “The modern head of a medical institution in the conditions of reforming the health care industry”, Public Administration: Improvement and Development, [Online], vol. 11, available at: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336> (Accessed 26 December, 2019).

44. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www:http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www:http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).

45. Одринський В.А. Відповідність української загальної практики/сімейної медицини європейському визначенню / В.А.Одринський // Сучасні медичні технології. – 2012. –№3. – С.82–86.