

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
Освітній рівень

на тему: «Удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах реформування медичної галузі (на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», м. Старокостянтинів)»

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 «Менеджмент»
Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Бізнес-адміністрування»
Назва освітньої програми

Шифр ДРБА.019083.01.11.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група БАмз-19-1 _____
Підпис

Швець А.І.
Ініціали, прізвище

Керівник _____
Підпис, дата

Баксалова О.М.
Ініціали, прізвище

Нормоконтролер _____
Підпис, дата

_____ Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:
Зав. кафедри _____
Підпис, дата

Тюріна Н.М.
Ініціали, прізвище

_____ 202 _____ р.

АНОТАЦІЯ

Швець А. І. Удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах реформування медичної галузі (на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», м. Старокостянтинів). Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри економіки, менеджменту та адміністрування Баксалова О. М. Дипломна робота магістра: 101 с., 13 рисунків, 11 таблиць, 32 джерела посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, УДОСКОНАЛЕННЯ, УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, МАТЕРІАЛЬНІ РЕСУРСИ, УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ, ФІНАНСОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ.

Досліджено теоретико-методичні засади удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах реформування медичної галузі. Визначено роль системи управління в охороні здоров'я України. Визначено особливості роботи закладів з надання первинної медичної допомоги. Розглянуто фінансове планування у новій моделі фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Розглянуто особливості функціонування КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Досліджено та проаналізовано фінансовий менеджмент, управління персоналом, якістю та матеріальними ресурсами КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», що складають систему управління закладу охорони здоров'я.

Здійснено оцінювання ефективності системи управління. Здійснено SWOT-аналіз досліджуваного підприємства. Розроблення рекомендацій щодо удосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1 Роль системи управління в охороні здоров'я України.....	7
1.2 Особливості роботи закладів з надання первинної медичної допомоги.....	17
1.3 Фінансове планування у новій моделі фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги	28
Висновки до першого розділу.....	33
2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКИЙ ЦПМСД».....	35
2.1 Загальна характеристика та особливості роботи.....	35
2.2 Аналіз фінансового менеджменту в рамках медичної реформи.....	40
2.3 Показники оцінювання ефективності використання ресурсного потенціалу.....	48
2.4 Оцінювання системи управління якістю надання медичної допомоги.....	59
2.5 Оцінка використання матеріальних ресурсів.....	70
Висновки до другого розділу.....	85
3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	87
3.1 Оцінювання ефективності системи управління.....	87
3.2 SWOT-аналіз КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».....	91
3.3 Розробка рекомендацій щодо удосконалення системи управління	97
Висновки до третього розділу.....	98
ВИСНОВКИ.....	100
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	103
ДОДАТКИ.....	107

ВСТУП

Охорона здоров'я населення є одним із найважливіших компонентів сучасної соціальної політики усіх країн світу. Від загального стану здоров'я населення залежить рівень економічного розвитку країни. В Україні стан громадського здоров'я населення залишається незадовільним. Це, у першу чергу, пов'язано з екологічною кризою, економічною, політичною та демографічною ситуацією в державі, і як результат – недостатнім фінансуванням галузі. Важливою складовою діяльності галузі охорони здоров'я є її система управління. Тому удосконалення системи управління закладу охорони здоров'я завжди залишається актуальним питанням як для України, так і для більшості розвинених країн світу.

Проблемам управління, регулювання галузі охорони здоров'я та пошуком шляхів вдосконалення присвячені праці Я. Буздугана, О. В. Виноградова, В. Ф. Москаленка, Я. Ф. Радиша, І. В. Рожкової, Л. І. Жаліло, І. М. Солоненка та Н. Д. Солоненка.

Метою роботи є обґрунтування теоретичних аспектів та розробка прикладних рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладу охорони здоров'я в умовах реформування медичної галузі.

Для досягнення мети дослідження були поставлені і вирішені наступні завдання:

- дослідити і розвинути теоретико-методичні засади системи управління закладами охорони здоров'я;
- визначити особливості роботи закладів з надання первинної медичної допомоги;
- проаналізувати процес фінансового планування у новій моделі фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги;
- визначити стан та основні показники таких складових системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», як фінансовий менеджмент, управління

персоналом, система управління якості надання медичної допомоги та управління матеріальними ресурсами;

- здійснити оцінювання ефективності системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»;

- на основі оцінки ефективності системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», здійснити SWOT-аналіз;

- розробити рекомендації щодо удосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Об'єкт дослідження – процес управління комунального некомерційного підприємства.

Предмет дослідження – сукупність теоретико-методичних та прикладних аспектів управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі були використані такі методи: систематизації, узагальнення, порівняння, балансовий, аналітичний, структурно-логічний, графічний та інші.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Роль системи управління в охороні здоров'я України

Охорона здоров'я – це наскрізна галузь суспільної сфери, в якій культурно-політичні, соціально-економічні та морально-етичні засади суспільства і держави тісно переплітаються і найбільш яскраво проявляються. Здоров'я населення лише на 10% залежить від рівня медико-санітарної допомоги, а решта від інших зовнішніх та внутрішніх чинників. Про те, що здоров'я людини – це дзеркало суспільства, свідчить те, що до індексу людського розвитку, який щорічно визначає ООН, цей показник входить першим.

В Україні одним із стратегічних напрямків реформування охорони здоров'я в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування, як вважають провідні фахівці в галузі організації охорони здоров'я, повинен бути пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах переважно родинної медицини. Цей напрям потребує державної підтримки і полягає в розширенні функцій лікаря первинної медико-санітарної допомоги і в відповідній реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги.

В нових умовах потрібен фахівець, що зможе оцінити стан здоров'я членів сім'ї в цілому в залежності від впливу зовнішніх чинників, спадковості та ін., а також нести повну юридичну і моральну відповідальність за стан їхнього здоров'я. При цьому сім'ї медико-соціального ризику потребують конкретної цілеспрямованої допомоги, постійного патронажу лікаря або медсестри. Рішення цих завдань багато в чому залежить від добре поставленої роботи, яка вимагає нових та відмінних від старих способів організації та управління системою охорони здоров'я. Найголовнішими з них на сьогодні є:

- управління ринком чи мережею послуг, що орієнтоване на задоволення потреб населення;
- управління медичним обслуговуванням з виходом за межі організацій;
- активне управління якістю і постійне вдосконалення роботи [1].

Здобуття Україною суверенітету і проведення державних, економічних та соціальних реформ вимагає удосконалення управління всіма ланками народного господарства, в тому числі і системи охорони здоров'я. У реформі управління важливе місце займає оптимізація взаємовідносин між різними рівнями управлінських органів як по горизонталі так і по вертикалі. На сьогодні залишається подвійним підпорядкування органів охорони здоров'я місцевим органам влади по горизонталі та вищим управлінським структурам галузі – по вертикалі, що і потребує певного вирішення в межах реформування галузі.

Сучасний рівень вітчизняного державного управління системою охорони здоров'я не відповідає світовому, зокрема вимогам, що висувуються при формуванні демократичного суспільства, а також конституційним правам громадян на охорону здоров'я, що мають дотримуватися. У багатьох країнах світу в удосконаленні системи охорони здоров'я першочергову увагу приділено удосконаленню саме системи підготовки та прийняття управлінських рішень.

Сучасні підходи до управління наданням медичної допомоги можуть бути реалізовані завдяки використанню механізму бюджетного та страхового фінансування, запровадженню стандартів лікувального процесу та визначенню рівня задоволення пацієнтів наданою медичною допомогою.

Оптимізація системи державного управління охороною здоров'я України можлива тільки після розв'язання проблем, серед яких основні:

- недостатнє фінансування галузі та нераціональне використання наявних ресурсів;
- диспропорція у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги;
- відсутність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, інституту сімейного лікаря, достатньої інформатизації галузі.

Оптимізацією процесів підготовки та прийняття управлінських рішень є підвищення ступеня відповідності прийнятих заходів чиним медичним стандартам, пристосованості до потреб пацієнтів при раціональному використанні коштів, що призводить до відповідних високих результатів.

Система охорони здоров'я є багаторівневою функціональною керованою системою, яку створено та використовують для здійснення усіх соціальних і медичних заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я кожного громадянина і населення в цілому. Удосконалення управління цією системою передбачає правильне обрання його моделі.

У сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів [2].

Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка.

Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна. Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й

приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я.

Донедавна вітчизняна система управління охороною здоров'я відповідала бюджетній моделі. Цій моделі характерні переважно владні способи регулювання правовідносин у сфері надання медичної допомоги. Тому чинний механізм розв'язання проблем, пов'язаних із наданням якісної та ефективної допомоги, не може повністю відповідати сучасним потребам, задовольняти інтереси обох сторін – пацієнтів та надавачів медичної допомоги. Також у системі охорони здоров'я в Україні донедавна існувала чітка ієрархія та обмеження повноважень щодо вироблення політики охорони здоров'я на регіональному та муніципальному рівні.

Дослідження механізму державного управління системою охорони здоров'я з урахуванням усіх її складових, взаємодії між ними, декомпозицією на складові нижчого рівня, із застосуванням до них системного та статистичного аналізу, методів стратегічного планування та прогнозування, індикативного планування є складним на державному і регіональному рівнях.

Виділяють п'ять основних рівнозначних між собою механізмів державного управління системою охорони здоров'я:

- адміністративний;
- фінансовий;
- організаційний;
- інформаційний;
- правовий.

Охорона здоров'я – це загальний обов'язок суспільства та держави. Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення й окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів

охорони здоров'я в їхній діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного. Її мета - забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт.

Бачення системи охорони здоров'я після проведення реформи: ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України. Підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. - закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

З січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки.

На надання населенню первинної допомоги законтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП.

Зросла також і чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року їх стало більше на понад 800 осіб.

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. Майже в 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду.

Спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч пацієнтів за пріоритетними послугами у квітні-серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій цього року визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги:

- лікування гострого мозкового інсульту;
- лікування гострого інфаркту міокарда;
- допомога при пологах;
- допомога у складних неонатальних випадках;
- інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань.

На сьогодні медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам.

До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою «Доступні ліки» користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн [5].

З 1 вересня 2020 року медичним працівникам підвищено заробітну плату, а саме +70% (3561 грн.) посадового окладу для лікарів та +50% (2362 грн.) для медичних сестер, +25% (1181 грн.) для молодших медичних сестер.

Забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління охороною здоров'я.

Зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (понад 25 тис. лікарів первинної медичної допомоги, понад 113 тис. лікарів-спеціалістів та понад 157 тис. сестринського персоналу). Запущено електронний медичний висновок про народження.

Врегульовано питання щодо відшкодування базам стажування витрат на оплату праці та нарахувань на оплату праці лікарям-інтернам першого року навчання.

Вжито заходів для виплати заробітної плати 3510 лікарям-інтернам 1-го року навчання, які проходять інтернатуру у 1090 базах стажування.

Через значне недофінансування психіатрична та туберкульозна служби в Україні перебували під загрозою знищення. У червні 2020 року Міністерство охорони здоров'я розробило нормативну базу щодо перегляду тарифів на медичні послуги, підтримки і недопущення закриття медичних закладів та звільнення медиків. І вже з 1 липня медичні заклади отримують фінансування не нижче, ніж у 2019 році.

Щодо системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню - у 2020 році будуть розраховані відповідно до собівартості пакети медичних послуг та включені до Програми медичних гарантій на 2021 рік.

Щодо психіатричної допомоги – МОЗ спільно з фахівцями завершує формування проекту плану розвитку охорони психічного здоров'я в Україні для подання на затвердження Уряду.

Причини, які змусили змінювати систему охорони здоров'я:

– Українці живуть на 9 років менше, ніж громадяни ЄС - середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні - 72 роки, у країнах ЄС - 81 рік;

– Близько 50% пацієнтів після перенесеного інсульту отримують первинну інвалідність, близько 12% померлих від інсульту – особи працездатного віку;

– Україна займає перше місце в Європі по поширеності катастрофічних витрат, які пов'язані зі здоров'ям і які призводять до збіднення родин пацієнтів;

- Витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари здійснюють пацієнти, кошти яких складають 99% в загальних витратах на лікарські засоби;
- 37.6% госпіталізації в Україні здійснюються без відповідних показань;
- Україна має один з найгірших у світі показників вакцинації дітей, наприклад, рівень охоплення вакцинами від поліомієліту у 2018 році складав лише 69%.

Реформа передбачає наступне:

- здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;
- ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;
- оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;
- впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками:

- медична реформа;
- громадське здоров'я;
- спеціалізована медицина;
- доступні та якісні лікарські засоби.

За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення

конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

В 2019 році запроваджені електронні медичні записи, що мають стати першим кроком до безпаперової роботи лікарів. Такі системи вже успішно працюють у багатьох країнах. Електронний медичний запис — це елемент даних про пацієнта, що збирається в закладі охорони здоров'я та зазвичай зберігається в медичних інформаційних системах (МІС), якими користується цей заклад.

Дані будуть передаватись в електронну медичну картку, діяльність якої забезпечується державою. Дані можуть збиратися в декількох закладах, і завдяки тому що вони зберігаються в централізованій системі, в подальшому будь-який заклад охорони здоров'я та будь-який лікар можуть мати доступ до цих даних практично в цілодобовому режимі 24/7, але в тому обсязі, який дозволив пацієнт і який є необхідним для надання медичних послуг. Таким чином вирішується проблема, коли в різних закладах у пацієнта різні картки і записи, і дуже часто жоден з цих наборів документів не містить вичерпної інформації про пацієнта.

Дані до електронної медичної картки збираються через встановлені в закладах охорони здоров'я МІС та відправляються до Центральної бази даних.

Завдяки централізованому зберіганню даних забезпечується наступне:

– МОЗ та НСЗУ можуть обробляти знеособлені дані для ефективного управління системою охорони здоров'я; НСЗУ може аналізувати дані для управління якістю медичних послуг;

– дані гарантовано доступні для пацієнта й лікаря, який його обслуговує. Доступ до централізованих даних існує незалежно від того, чи працюють сервери в закладі, з якого вносились інформація, чи є в нього зв'язок з Інтернетом тощо;

– заклади охорони здоров'я можуть переходити з однієї МІС на іншу без втрати ключових даних, адже ці дані зберігаються в централізованій системі.

У різних країнах встановлено різний обсяг інформації, яка зберігається на централізованому рівні та входить до електронної медичної картки пацієнта. В Україні впровадження електронної медичної картки здійснюватиметься в декілька етапів, на кожному з яких буде реалізовано функціонал, що дозволяє вносити до неї різні набори записів.

1-й етап — початок 2019 року: лікарі, що надають первинну медичну допомогу, вносять дані про візити пацієнтів з використанням ІСРС-2 і дані, що зараз вносяться в медичну картку амбулаторного хворого (форма № 25/о). Також з'явилася можливість виписувати електронні рецепти та електронні направлення.

2-й етап — середина 2019 року: спеціалісти, що працюють в амбулаторіях, вносять в централізовану електронну медичну картку консультативні висновки; спеціалісти діагностичних центрів вносять результати найбільш поширених лабораторних досліджень. Також із середини 2019 року впроваджуються електронні листки тимчасової непрацездатності.

3-й етап — початок 2020 року: стаціонари вносять в централізовану електронну медичну картку дані, пов'язані з випискою пацієнтів (обсяг даних, подібний до форми карти пацієнта, що вибув зі стаціонару, № 66/о).

У сучасних інформаційних системах недоцільно обробляти інформацію в тих формах, які існують на папері.

Кожен окремий електронний медичний запис, що вноситься в інформаційні системи, — це невеликий обсяг інформації, «цеглинка», з яких у подальшому

можна будувати виписки, звіти, форми. Прикладами електронних медичних записів можуть бути:

- запис про візит пацієнта
- з зазначенням кодів ІСРС-2
- і описом його анамнезу;
- запис про рівень цукру в крові як частина результатів аналізів;
- запис-спостереження про наявність алергії у пацієнта.

За потреби з набору електронних медичних записів можна сформувати будь-які необхідні документи, форми, звіти.

Одночасно з впровадженням електронної медичної картки МОЗ працює над спрощенням паперового документообігу за принципом: дані, які збережено в електронній формі, не потрібно дублювати на папері.

Стосовно наявних карток і документів з накопиченою інформацією політика МОЗ така: лише певний мінімальний набір даних підлягає перенесенню до централізованої електронної медичної картки (насамперед дані, доступність яких критично важлива для надання невідкладної допомоги). Історично накопичена інформація залишається в картках. Враховуючи етапність впровадження, впродовж певного часу записи в електронній і паперовій формах діятимуть одночасно.

1.2 Особливості роботи закладів з надання первинної медичної допомоги

Перелік послуг, які повинні надавати педіатри, сімейні лікарі й терапевти, затверджено наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Важливо, щоб у всіх закладах з надання первинної медичної допомоги ці послуги виконувалися в повному обсязі. Зокрема, така умова зазначена в договорі, який заклад укладає з Національною службою здоров'я.

Сімейні лікарі, терапевти і педіатри спостерігають за станом здоров'я пацієнта, дорослого чи маленького, встановлюють діагноз та лікують найбільш поширені хвороби, травми, отруєння. За потреби лікар дає направлення до фахівця спеціалізованої допомоги — отоларинголога, ендокринолога, хірурга тощо — чи буде консультиватися з ним щодо лікування.

З липня 2019 року працює програма «Безкоштовна діагностика», скористатися нею пацієнт може тільки за направленням лікаря «первинки», з яким він підписав декларацію. Направлення на «Безкоштовну діагностику» — електронне, лікар може його оформити тільки через електронну систему охорони здоров'я.

Так само терапевти, педіатри та сімейні лікарі ведуть пацієнтів із хронічними захворюваннями і станами.

Сімейний лікар може вести пацієнтів будь-якого віку, педіатр — дітей від народження і до 18 років, а терапевт — віком 18 років і старших.

На рівні первинної медичної допомоги у пакет послуг входять такі аналізи і дослідження:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- загальний аналіз сечі;
- глюкоза крові;
- загальний холестерин;
- вимірювання артеріального тиску;
- електрокардіограма;
- вимірювання ваги, зросту, окружності талії;
- швидкий тест на вагітність;
- швидкий тест на тропонін;
- швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити.

Інші дослідження та аналізи виконуються за направленням лікаря в закладах спеціалізованої допомоги.

Сімейний лікар або терапевт за бажанням вагітної може вести неускладнену вагітність. Лікар може взяти вагітну на облік до 12 тижнів. Коли є необхідність або

вимагає протокол, він направляє вагітну до акушера-гінеколога. Також лікар «первинки» розкаже, як діяти вагітній та дорослим членам родини, котрі мешкають із нею, при наближенні пологів. У потрібний час направить до пологового будинку.

Після народження дитини педіатр або сімейний лікар має проводити планові обов'язкові огляди, навіть коли дитина здорова: 10 оглядів лікаря та 6 оглядів медсестри у перший рік життя дитини, два огляди — у два роки та один огляд — у три роки [10]/

Лікар має відстежувати проведення вакцинації дітей та дорослих за календарем щеплень. Держава закупає вакцини проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка, правця, кору, гепатиту В, гемофільної інфекції, краснухи, епідемічного паротиту.

Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2018, передбачає профілактичні огляди та аналізи для груп ризику семи захворювань.

Щороку:

- цукровий діабет: особи віком 45 років і старші; всі особи незалежно від віку — при факторах ризику;
- ВІЛ: особи віком 14 років і старші — при факторах ризику;
- туберкульоз: усі особи незалежно від віку — при факторах ризику.

Раз на два роки:

- рак молочної залози: жінки віком 50–69 років, жінки віком від 40 років — при факторах ризику.

Раз на один-два роки, залежно від факторів ризику:

- гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання: жінки віком 50 років і старші, чоловіки віком 40 років і старші;
- колоректальний рак: жінки і чоловіки віком від 50 років;
- рак передміхурової залози: чоловіки віком від 40 років залежно від ступеня ризику.

Фактори ризику для кожного випадку викладено у Порядку надання ПМД.

Важлива також роль лікаря «первинки» і в запобіганні хворобам. Лікар має вчасно виявити ризики для здоров'я. Також серед його обов'язків — консультування з метою подолання шкідливих звичок та ведення здорового способу життя.

Рецепти на ліки, в тому числі за програмою «Доступні ліки», також виписує лікар первинної ланки.

Лікар самостійно визначає необхідність візиту до пацієнта додому залежно від медичних показань. Лікар може телефоном дати поради щодо полегшення стану, а пізніше, під час прийому в закладі, направити на аналізи та дослідження, уточнити діагноз та призначити необхідне лікування. Лікар також може викликати екстрену допомогу до хворого, якщо буде така необхідність.

Невідкладна допомога при гострих станах і раптовому погіршенні стану здоров'я має надаватись у медичному закладі.

У компетенції лікаря «первинки» також окремі послуги паліативної допомоги: спостереження та оцінка стану важкохворого пацієнта, виписування рецептів для лікування больового синдрому.

Лікар «первинки» також видає довідки, листки непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

Протягом 2018 року всі заклади ПМД реорганізовані з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства або почали процес автономізації. У 2019 році- заклади амбулаторної та стаціонарної допомоги.

Це обов'язкова умова, оскільки лише заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряму оплату з державного бюджету від НСЗУ.

Комунальні некомерційні підприємства мають право на отримання податкового статусу неприбутковості. Це дає змогу закладам–неприбутковим підприємствам не платити податок на прибуток і використовувати ці кошти на інвестиції в заклад та підняття зарплат медиків. Розмір заробітних плат комунальне підприємство встановлює самостійно без будь-яких затверджень.

Процедура автономізації медзакладу передбачає такі дії:

1. Місцева рада приймає рішення про:

- припинення ЗОЗ — бюджетної установи шляхом перетворення на ЗОЗ — комунальне некомерційне підприємство;
- призначення комісії з реорганізації ЗОЗ-установи, голови комісії;
- встановлення порядку і строку заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ-установи, що припиняється.

2. Державному реєстраторові подаються документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації, на підставі чого вноситься запис до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.

3. Комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів ЗОЗ, а також проводить інвентаризацію.

4. Комісія розробляє передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, передачу прав та зобов'язань за формою бухгалтерського обліку.

5. Фінансове управління власника (ОМС) за необхідності розробляє проект змін до бюджетних програм з урахуванням процедури реорганізації ЗОЗ.

6. Рішенням місцевої ради:

- затверджується передавальний акт (акт також може затверджувати уповноважений виконавчий орган у випадку делегування права);
- приймається рішення про створення ЗОЗ шляхом реорганізації;
- затверджується статут.

7. Пакет документів про створення ЗОЗ — комунального некомерційного підприємства та припинення ЗОЗ — бюджетної установи подають державному реєстраторові. Якщо все зроблено правильно, протягом 24 годин з моменту отримання документів державний реєстратор має внести відповідні записи до ЄДР.

8. За необхідності власник приводить у відповідність систему фінансування закладу.

9. До трудових книжок працівників ЗОЗ вноситься запис про зміну найменування роботодавця у зв'язку з реорганізацією.

10. ЗОЗ — комунальне некомерційне підприємство переоформлює майно, що підлягає державній реєстрації, зокрема право користування об'єктами нерухомості та земельними ділянками, відкриває рахунки в банку та переоформлює рахунки в казначействі.

11. До МОЗ подається заява про оформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та до Держлікслужби — щодо роботи з наркотичними речовинами, прекурсорами (за необхідності).

Медична реформа передбачає впровадження електронної системи охорони здоров'я. Адже для того щоб підписати договір з Національною службою здоров'я України, заклад охорони здоров'я має бути зареєстрований у цій системі. Саме через систему «Електронне здоров'я» надходить інформація, скільки пацієнтів підписали декларацію з кожним лікарем і, відповідно, який обсяг фінансування має отримувати заклад первинної медичної допомоги за новим механізмом. З початку 2019 року з'явилася можливість виписувати електронні рецепти та електронні направлення, а лікарі первинної ланки вносять дані про візити пацієнтів з використанням ІСРС-2. З липня 2019 року в системі фіксується інформація про послуги, надані на рівні амбулаторної допомоги [15].

Також із середини 2019 року запроваджуються електронні листки тимчасової непрацездатності (не виконано).

Електронна система охорони здоров'я складається з двох частин — Центральної бази даних (ЦБД), яку адмініструє ДП «Електронне здоров'я», та електронних медичних інформаційних систем (МІС). Ці системи дають змогу автоматизувати ключові бізнес-процеси медичного закладу та забезпечують взаємодію з НСЗУ в рамках Програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Від розробників МІС вимагається суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з ЦБД.

Кожен медичний заклад має обрати електронну медичну інформаційну систему або декілька МІС з різними модулями. Головний лікар (директор) медичного закладу має особисто та неупереджено прийняти рішення щодо вибору МІС, які відрізняються технічно, функціонально і вартісно. МІС має бути підключена до Центральної бази даних згідно з переліком на сайті <https://ehealth.gov.ua>. Ці МІС пройшли тестування на відповідність технічним вимогам. Всі МІС безкоштовно надають функціонал за Програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення в першому півріччі 2019 року.

Функціонал ЦБД буде розвиватись, що потребуватиме доопрацювань на боці МІС. Відповідно, МІС будуть також розвивати свій функціонал. Проте не кожна система буде реалізовувати всі модулі. Планується, що в разі необхідності потрібний модуль можна буде придбати та підключити в іншій МІС. Плата за користування модулями може здійснюватися окремо тільки за ті функції, які додатково було обрано головним лікарем.

Так, окремим модулем може бути:

1. Робоче місце лікаря (створення та перегляд декларацій, внесення електронних медичних записів пацієнта в рамках візиту до лікаря, що надає первинну медичну допомогу).
2. Адміністративний модуль (реєстрація надавача медичних послуг, співробітників та відділень, створення договорів між Національною службою здоров'я та надавачем медичних послуг).

Щоб підключитися до системи «Електронне здоров'я» закладу необхідно:

- обрати МІС, що підключена до системи «Електронне здоров'я»;
- пройти реєстрацію у системі, з внесенням у відповідні поля даних про медичний заклад та керівника медичного закладу;
- накласти ЕЦП керівника медичного закладу;
- за посиланням у запрошенні, що надійде на електронну пошту, перейти до системи «Електронне здоров'я»;
- затвердити обліковий запис користувача для керівника медичного закладу.

Для підключення керівникові закладу необхідно мати:

- електронний цифровий підпис (ЕЦП) керівника медичного закладу;
- робочу адресу електронної пошти;
- документи закладу;
- особисті документи керівника закладу.

Поява лікарів в електронній системі охорони здоров'я. Після того як керівник зареєстрував заклад в електронній системі охорони здоров'я, він має увійти в систему через інтерфейс МІС, призначити ролі та внести дані про бухгалтера і представника відділу кадрів (за наявності). На вказані адреси електронної пошти бухгалтерові закладу та представникові відділу кадрів надійдуть посилання на логін та пароль для входу в систему.

Представник відділу кадрів входить у систему через інтерфейс МІС, призначає ролі та вносить дані про лікарів закладу, які надають ПМД.

На вказані адреси електронної пошти лікарі отримують посилання для логіну та пароля для входу в систему.

Декларації подаються в електронній формі. Керівник закладу повинен визначити одну або кількох осіб, уповноважених приймати декларації та вносити дані в систему «Електронне здоров'я». Уповноважена особа заповнює декларацію в електронній формі, роздруковує її і дає пацієнтові для перевірки, виправляє помилки (якщо такі були), вказані пацієнтом, і знову роздруковує декларацію, доки пацієнт не засвідчить, що всі дані внесено правильно. Далі пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації та надає їх уповноваженій особі, де вона проставляє відмітку з датою отримання і повертає один примірник, а другий залишає в закладі. Після цього уповноважена особа надсилає декларацію в електронній формі до ЦБД.

Для того щоб перейти на нову модель фінансування і почати отримувати більше коштів, медичний заклад має підписати договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Цей центральний орган виконавчої влади є розпорядником коштів відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Першими отримали можливість укласти договір з НСЗУ заклади, що надають первинну медичну допомогу. Зараз 95% комунальних закладів «первинки» перейшли на нову модель фінансування.

Договір передбачає, що заклад зобов'язується надавати пацієнтам послуги первинної медичної допомоги, а НСЗУ — оплачувати їх відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів. Перелік послуг, пов'язаних із наданням первинної медичної допомоги, визначено в Порядку надання первинної медичної допомоги (наказ МОЗ від 19.03.2018 № 504).

Це проведення профілактики, в тому числі профілактичних оглядів, 8 основних аналізів та досліджень, профілактичні щеплення, діагностика та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, спостереження неускладненої вагітності та супровід хронічних хворих.

Крім того, заклади мають виконати дві сервісні вимоги: надання медичних послуг у черговому кабінеті ПМД, у тому числі у вихідні і святкові дні, та технічну можливість попереднього запису (телефоном або в електронній формі) пацієнтів на прийом до лікарів.

Базовий тариф на оплату послуг первинної медичної допомоги на 2019 рік не змінився і становив 370 грн/рік за одного пацієнта; також застосовуються вікові коефіцієнти. У 2019 році обсяг оптимальної практики регулюється економічним стимулом. Якщо кількість пацієнтів за деклараціями у лікаря первинної медичної допомоги перевищує рекомендований ліміт до 10%, обслуговування цих пацієнтів буде оплачено за тарифом 370 грн/рік за одного пацієнта, але вже без застосування вікових коефіцієнтів. За статистикою Національної служби здоров'я, це дві третини лікарів, які набрали декларацій більше за обсяг оптимальної практики.

Якщо ж кількість декларацій перевищує оптимальну більше ніж на 10%, то вони оплачуються за тарифом 370 грн/рік за одного пацієнта із застосуванням понижувальних коефіцієнтів, але й надалі без застосування вікових коефіцієнтів:

від 110% + 1 декларація до 120% — коефіцієнт 0,8;

від 120% + 1 декларація до 130% — коефіцієнт 0,6;

від 130% + 1 декларація до 140% — коефіцієнт 0,4;

від 140% + 1 декларація до 150% — коефіцієнт 0,2;

від 150% + 1 декларація і всі наступні — коефіцієнт 0.

Наприклад, якщо ліміт перевищено більше ніж на 10%, до тарифу 370 грн/рік за одного пацієнта застосовується коефіцієнт 0,8, якщо більше ніж на 20% — 0,6 і так далі. Якщо кількість декларацій перевищує ліміт більше ніж на 50%, плата Національною службою здоров'я за них припиняється.

Оптимальна кількість пацієнтів для сімейного лікаря становить 1800, для терапевта — 2000, а для педіатра — 900.

Медзаклади, розташовані в гірській місцевості, і надалі, в 2019 році, отримують оплату від НСЗУ за тарифом із застосуванням додаткового коефіцієнта — 1,25, на рівні 2018 року. Гірський коефіцієнт буде також застосовується і до декларацій, набраних понад ліміт.

Медзаклади також отримують оплату за договором за пацієнтів, які не підписали декларації та проживають на території обслуговування медичного закладу, до 30 червня 2019 року за тарифом 120 грн/рік за одного пацієнта. Щомісяця здійснюється перерахунок з урахуванням нових підписаних декларацій.

На 2019 рік для медичних закладів первинної ланки не передбачена медична субвенція з державного бюджету. Це означає, що ті комунальні заклади, які не уклали договір із Національною службою здоров'я на 2019 рік, фінансуються за рахунок інших бюджетних програм у порядку, встановленому законодавством, та з інших джерел, не заборонених законодавством. Разом з тим, будь-який медзаклад, який надає ПМД, може подати заяву про укладення договору з НСЗУ протягом 2019 року.

Медичний заклад, який бажає укласти договір з Національною службою здоров'я України, найперше має зареєструватись в електронній системі охорони здоров'я через будь-яку медичну інформаційну систему (МІС). Також необхідно зареєструвати всі місця надання допомоги, уповноважених осіб та медичних працівників, які будуть залучені до виконання договору. Ці працівники повинні

отримати електронний підпис, адже документообіг, пов'язаний з укладенням, виконанням, зміною та припиненням договору, здійснюється в електронній формі через МІС [23].

Отже, в електронній формі керівник закладу подає до НСЗУ скріплену електронним підписом заяву. Також до неї додаються документи, визначені в оголошенні про укладення договору.

Національна служба здоров'я України розглядає заяви на їх відповідність вимогам оголошення. Якщо рішення позитивне, НСЗУ надсилає закладу повідомлення про намір укласти з ним договір. Потім заклад надсилає Національній службі здоров'я України заповнений проект договору згідно з типовою формою. Після узгодження фінального тексту договору уповноважені особи НСЗУ та медичного закладу підписують договір в електронній формі.

Надсилати звіти про роботу та, відповідно, отримувати кошти від НСЗУ заклади повинні щомісячно. Сума виплачується на рахунок закладу, її обсяг щоразу обчислюється за формулою відповідно до кількості пацієнтів, які подали цьому закладу декларації про вибір лікаря, та їхнього вікового розподілу.

За умовами договору, заклад не має права вимагати від пацієнтів винагороди в будь-якій формі (в тому числі у вигляді благодійних внесків, будь-яких платежів на користь третіх осіб) за відповідні медичні послуги та повинен забезпечити, щоб його працівники та підрядники цього теж не вимагали (Порядок надання первинної медичної допомоги, наказ МОЗ № 504). Якщо пацієнт повідомить до Контакт-центру НСЗУ за коротким номером 1677 або надішле скаргу про подібний випадок і ці дані буде зафіксовано, НСЗУ направить інформацію до відповідних органів. У разі доведення вини працівника, який вимагав від пацієнта кошти, НСЗУ має право розірвати договір в односторонньому порядку.

Національна служба здоров'я України може призупинити дію договору із закладом також, зокрема, у випадку анулювання ліцензії закладу або отримання висновків про порушення закладом галузевих стандартів під час дії договору, а

також у випадку залучення підрядників або працівників, які не вправі надавати такі послуги.

Також договір може бути розірвано, якщо з'ясується, що заклад надав недостовірні відомості про наявне у нього оснащення або працівників та підрядників.

1.3 Фінансове планування у новій моделі фінансування закладів первинної медичної допомоги

У питаннях фінансування закладів первинної медичної допомоги (ПМД) за новою моделлю дуже багато змінилося. Для закладів, які перетворилися в комунальні некомерційні підприємства (КНП) і підписали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), майже всі аспекти фінансування є новими.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюється за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Таким чином, основним джерелом доходу говором із НСЗУ. Обсяги цих виплат залежать від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Так, на первинній ланці реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Також для розрахунку загальної суми доходів надавача ПМД необхідно врахувати доходи з інших джерел, відмінних від НСЗУ (перелік є індивідуальним для кожного конкретного надавача), наприклад:

- надходження на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв (за законом ці витрати покриває власник з місцевого бюджету);
- надходження від місцевого бюджету (крім надходжень на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв);

- надходження в рамках субвенції на розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості;
- надходження від надання послуг ПМД іноземцям;
- надходження від надання послуг ПМД, що не входять до програми медичних гарантій;
- надходження від здачі при-міщень / земельних ділянок в оренду;
- благодійна допомога;
- інші надходження.

Місцева влада повинна усвідомлювати, що перехід на оплату від НСЗУ не є приводом згортати власні програми з підтримки охорони здоров'я. Завдання головних лікарів або директорів закладів ПМД — доносити цю інформацію до відповідальних осіб.

За комунальні послуги та енергоносії медичного закладу, зокрема в статусі комунального некомерційного підприємства, має платити місцева влада. Такими є вимоги Бюджетного кодексу України. Статтею 89 зазначено, що до видатків, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню. Отже, ця норма стосується і комунальних некомерційних підприємств, бо в ній «заклад охорони здоров'я» є загальним поняттям, яке охоплює в тому числі комунальні некомерційні підприємства (КНП). Частина 13 статті 16 Основ законодавства про охорону здоров'я говорить, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Отже, незалежно від організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я, оплата комунальних послуг та енергоносіїв усе одно покладається на місцевий бюджет.

Під час провадження діяльності, пов'язаної з наданням ПМД, кожен надавач ПМД несе витрати, серед яких: оплата праці персоналу, оплата комунальних послуг, витрати на утримання службового транспорту, поточний ремонт приміщень, утримання прилеглої території тощо. Ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, якими в більшості випадків є кошти, отримані від НСЗУ за договором про медичне обслуговування населення. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовим для досягнення фінансової стійкості.

Однією з найважливіших статей видатків є оплата праці. Для того, щоб пацієнти відчували зміни в наданні медичних послуг, а відтак своїми деклараціями про вибір лікаря збільшили дохід закладу, керівник закладу мусить мотивувати лікарів якомога якісніше виконувати свою роботу. Найпершим і найбільш очевидним стимулом є заробітна плата. Оскільки автономізований заклад має більшу самостійність у вирішенні питань оплати праці, керівництво закладу спільно з колективом має разом визначити систему розрахунку, яка задовольнить усіх з точки зору справедливості та прозорості. Ця система може бути закріплена положенням про оплату праці/преміювання в КНП або бути частиною колективного договору.

Надавачі ПМД як КНП можуть використовувати різні моделі та підходи до розрахунку заробітної плати та премії персоналові закладу.

Наприклад, можна всім працівникам закладу одноразово підвищити посадовий оклад на фіксовану суму (на певний відсоток) або виплачувати додаткову премію лікарям, яка становитиме визначену частину (відсоток) від надходжень закладу за обслуговування пацієнтів із «зеленого» списку (включає вікові коефіцієнти). Розмір цієї частки визначається за результатами перемовин між керівництвом/власником закладу та трудовим колективом. Розмір премії адміністративного, допоміжного та середнього і молодшого медичного персоналу можна визначати як фіксований відсоток від премії лікаря.

Інший варіант: після одноразового підвищення всім працівникам закладу посадового окладу на фіксовану суму або певний відсоток можна формувати фонд преміювання закладу, який може становити певну частину (відсоток) від загальних

надходжень від НСЗУ або від суми перевищення надходжень від НСЗУ над обсягом медичної субвенції в минулому. преміювання може розподілятися між командами залежно від коефіцієнта трудової участі.

На розмір премії / стимулюючих доплат можуть впливати такі фактори:

- робота понаднормово (понад графік роботи закладу);
- якість наданих послуг (задоволеність пацієнтів);
- якість лікування.

Можливі також інші варіанти розрахунку заробітної плати або комбінація з наведених вище — рішення повинно прийматися закладом самостійно. Головне — медичні працівники мають пам'ятати, що відтепер рівень їхнього доходу визначається не «згори», а безпосередньо в їхньому медичному закладі і є пов'язаним з кількістю пацієнтів, яких вони ведуть. Вирішувати це питання можна і необхідно на місці з головним лікарем або директором закладу, і роль трудового колективу у прийнятті цього важливого рішення повинна стати визначальною.

Актуальним також є питання оптимізації складу працівників надавача ПМД. Неприпустимою є ситуація, коли на 6 тисяч населення в закладі є лише два, а то й один лікар. У цьому випадку керівництво закладу разом з місцевою владою має докласти зусиль до залучення відповідних фахівців. Так само надлишок у штаті будь-якої групи персоналу, не виправданий потребами практики, призводить до дефіциту коштів на гідну заробітну плату та розвиток закладу.

Серед капітальних видатків відзначимо придбання обладнання. У Порядку надання ПМД (наказ МОЗ № 504) зазначено, що заклад ПМД забезпечує наявність обладнання, устаткування та засобів, необхідних для надання ПМД, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення. Примірний табель матеріально-технічного оснащення затверджено наказом МОЗ № 148. До складання плану закупівель слід підходити індивідуально [12].

Наприклад, МОЗ рекомендує серйозно обміркувати, чи є реальна необхідність придбання біохімічних аналізаторів крові й сечі в кожную амбулаторію. Слід врахувати видатки на витратні матеріали, кількість та спектр видів необхідних аналізів, утримання персоналу тощо. Зазвичай якісна організація логістики до

центральної лабораторії може бути кращим і дешевшим рішенням. Крім того, як свідчить світовий досвід, центральні лабораторії забезпечують вищу якість досліджень та істотно меншу вірогідність помилок.

Також можна гнучко підійти до забезпечення лікаря автомобілем: можна придбати вживане авто, купити кілька автомобілів спільно з іншим надавачем ПМД або придбати авто в кредит — так ціна за одиницю буде нижчою.

Електронний інструмент з оцінки відповідності надавача ПМД Табелю матеріально-технічного оснащення надавачів ПМД допоможе визначити потреби і виділити серед них першочергові, а також дасть можливість сформувавши план відповідних закупівель.

Заклад охорони здоров'я — це комунальне некомерційне підприємство (КНП), тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником фінансовий план — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів. Порядок складання, затвердження та контролю за виконанням, а також форму фінансового плану затверджує місцева влада. Форма та порядок фінансового плану відрізняються у регіонах і в деяких випадках відповідають вимогам, визначеним наказом Мінекономрозвитку України від 02.03.2015 № 205. Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передуює плановому року. План складається на календарний рік із поквартальним розподілом.

У разі якщо КНП отримує бюджетні кошти (тобто інші кошти, а не надходження від НСЗУ за договором), потрібно мати затверджений план використання бюджетних коштів.

Висновок до першого розділу

В Україні одним із стратегічних напрямків реформування охорони здоров'я в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування, як вважають провідні фахівці в галузі організації охорони здоров'я, повинен бути пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах переважно родинної медицини. Цей напрям потребує державної підтримки і полягає в розширенні функцій лікаря первинної медико-санітарної допомоги і в відповідній реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги.

У сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів. Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка. Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна.

Виділяють п'ять основних рівнозначних між собою механізмів державного управління системою охорони здоров'я: адміністративний, фінансовий, організаційний, інформаційний, правовий.

На 2019 рік для медичних закладів первинної ланки не передбачена медична субвенція з державного бюджету. Це означає, що ті комунальні заклади, які не уклали договір із Національною службою здоров'я на 2019 рік, фінансуються за

рахунок інших бюджетних програм у порядку, встановленому законодавством, та з інших джерел, не заборонених законодавством.

У питаннях фінансування закладів первинної медичної допомоги (ПМД) за новою моделлю дуже багато змінилося. Для закладів, які перетворилися в комунальні некомерційні підприємства (КНП) і підписали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), майже всі аспекти фінансування є новими.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюється за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Таким чином, основним джерелом доходу говором із НСЗУ. Обсяги цих виплат залежать від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Так, на первинній ланці реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Заклад охорони здоров'я — це комунальне некомерційне підприємство (КНП), тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником фінансовий план — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів.

Таким чином, перший розділ дипломної роботи присвячений визначенню ролі системи управління в охороні здоров'я України. Також визначено особливості роботи закладів з надання первинної медичної допомоги, до яких відноситься досліджуване підприємство, а також розглянуто порядок фінансового планування у новій моделі фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги.

2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКИЙ ЦПМСД»

2.1 Загальна характеристика та особливості роботи

Здоров'я людини є головною цінністю населення, має важливе значення в житті кожної людини, надає можливість досягнути індивідуального і суспільного добробуту та благополуччя, головна умова стійкого економічного розвитку.

Пріоритетним напрямком діяльності галузі охорони здоров'я є реорганізація її структури, спрямована на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, удосконалення організації надання медичної допомоги як міському так і сільському населенню, наближення її до кожної сім'ї, покращення ефективності медичного обслуговування при раціональному використанні ресурсів галузі.

Первинна медико-санітарна допомога визнана Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я.

ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги:

1) Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.

2) Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.

3) Підвищення рівня здоров'я жителів громад шляхом інтеграції первинної медичної допомоги і заходів громадського здоров'я.

4) Зміна принципів управління закладами первинної медичної допомоги шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та

впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

Актуальність Стратегії розвитку комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико–санітарної допомоги» Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області 2020 року продиктована необхідністю поліпшення якості надання медичних послуг та доступності первинної медичної допомоги місцевому населенню, поліпшення матеріально - технічної бази Центру, підвищення престижу праці медичних працівників первинної ланки з надання медичної допомоги, покращення їх соціального та економічного становища. Вона зумовлена, в першу чергу, необхідністю забезпечення первинної ланки медико-санітарної допомоги лікарями загальної практики - сімейними лікарями, педіатрами та терапевтами, необхідністю поліпшення стану здоров'я населення шляхом забезпечення доступу до кваліфікованої первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованої на інтегрований підхід до рішення медико-санітарних потреб окремих громадян, родин та громади в цілому.

Також актуальність значною мірою посилюється необхідністю виконання першочергових завдань, спрямованих на реалізацію політики децентралізації державного управління, які на галузевому рівні полягають в оптимізації мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням територіальних потреб населення у медичній допомозі, доступність та ефективність якої залежить в першу чергу від організації надання первинної медико-санітарної допомоги.

Головною метою створення Комунального некомерційного підприємства «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Старокостянтинівського району та уклало декларації з лікарями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Стратегічними цілями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у

первинній медичній допомозі.

Завданнями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є:

- забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем проживання (перебування);
- попередження захворювань шляхом проведення вакцинації;
- виявлення онкологічних захворювань та туберкульозу на початкових стадіях.

Комунальне некомерційне підприємство «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» (надалі - КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД») є лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу в порядку та на умовах, встановлених законодавством України і власним Статутом, та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старокостянтинівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги:

- 1) динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- 2) динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами;
- 3) надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної

(спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

5) взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;

6) проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань;

7) проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб;

8) надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя;

9) надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

10) направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМДК;

11) призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства;

12) ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть;

13) взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я;

14) взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

В наступному розділі дипломної роботи розглянемо детальніше напрями та основні показники роботи КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Запровадження медичної реформи, окремі позиції якої не введені в дію і в теперішній час, тобто на момент написання диплому, вимагає принципових змін та доповнень в процес управління лікувальним закладом. Положення, які вже запроваджені, та заплановані зміни розглянемо на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» у наступному розділі дипломної роботи. Звичайно, розглянути всі аспекти змін в роботі лікувального закладу, враховуючи обсяг інформації, неможливо, тому ми зупинились на чотирьох основних позиціях:

- зміни в фінансовому менеджменті;
- система роботи з персоналом та управління кадрами;
- управління якістю медичної допомоги;
- управління матеріальними ресурсами.

Розглянемо та проаналізуємо напрями системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» детально у наступних розділах.

2.2 Фінансовий менеджмент в рамках медичної реформи

З липня 2018 року досліджуваний заклад, який виконав всі умови та уклав договір з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ), отримує фінансування за новими правилами. Як відомо, 25 квітня Кабінет Міністрів України ухвалив порядок укладення договору НСЗУ із закладами, а також його типову форму. На виконання п. 2 Постанови КМУ від 25 квітня 2018 р. № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», договори з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 5 червня 2018 р. на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 р.

Порядок визначив список документів, які заклад подав до НСЗУ, а також строки, впродовж яких НСЗУ прийматиме або відхилятиме заяву закладу на підписання договору. Зокрема, заклад був оснащений відповідно до таблицю оснащення, отримав ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики тощо [18].

Термін подання заяви закладу про укладення договорів у 2018 р. визначений в «Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», затвердженому Постановою КМУ від 28.05.2018 р. № 407. Заклад підписав договір 25 червня 2018 року при вступі в реформу з 1 жовтня.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», п. 6 «Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», затвердженого Постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 410, НСЗУ оголосила про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування. Медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги (далі – ПМД), передбачені

«Порядком надання первинної медичної допомоги», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504.

Особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для ПМД на 2018 рік, застосовані тарифи та коригувальні коефіцієнти, встановлено «Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», затвердженим Постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 407. Суб'єкт господарювання, який бажає укласти договір із НСЗУ на визначених в оголошенні умовах, має відповідати вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим Постановою КМУ від 28 березня 2018 р. № 391, що було виконано КНП ЦПМСД м. Старокостянтинова.

НСЗУ – новий орган, який керує фінансовою системою медицини в Україні. На першому етапі реформи через НСЗУ держава фінансує роботу сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів. Надалі вся система медицини буде оплачується через НСЗУ. Фактично створений орган керує всією системою фінансування медицини в Україні. 27 грудня 2017 р. Уряд прийняв рішення про створення НСЗУ, яка є центральним органом виконавчої влади. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується КМУ через міністра охорони здоров'я. Основні завдання НСЗУ:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- внесення на розгляд міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

НСЗУ функціонує в режимі виконання договірних умов з надавачами медичних послуг, які вона НСЗУ контракує та оплачує. Для можливості

укладання таких договорів до надавача медичних послуг (простіше кажучи до закладу охорони здоров'я) було висунуто ряд вимог: центр первинної медичної служби чи амбулаторія повинні автономізуватися, тобто стати комунальним некомерційним підприємством, яке зможе відкрити свій розрахунковий рахунок в банку. У них повинні бути комп'ютери, підключені до електронної системи охорони здоров'я через одну з медичних інформаційних систему (МІС), яка пройшла сертифікацію. Також заклад повинен забезпечити сучасне оснащення закладу ПМД та запровадити високий рівень сервісу для пацієнтів.

Одна з важливих передумов роботи медзакладів зі НСЗУ – підключення до електронної системи охорони здоров'я. У системі мають бути відображені всі місця надання медичної допомоги, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання договору. Документообіг між НСЗУ і закладами охорони здоров'я відбуватиметься в електронній формі.

Передбачено, що НСЗУ оплачує послуги закладів з надання первинної допомоги за принципом капітації. Капітація – це механізм оплати медичних послуг, коли заклад отримує встановлену суму за кожного пацієнта, незалежно від того, чи звертається він за медичними послугами. Капітація оплачується не з кишені пацієнта, а із загальних податків, які він оплатив у державний бюджет.

Базовий тариф за пацієнта, який підписав декларацію з лікарем, становив 370 грн. До базового тарифу застосовуються вікові коефіцієнти. Для дитини віком до 5 років – коефіцієнт 4, тобто оплата педіатру становитиме 1480 грн за дитину в рік. Для дітей віком від 6 до 17 років визначено коефіцієнт 2,2 – 814 грн. Для дорослих від 18 до 39 років – коефіцієнт 1 (370 грн). Для дорослих від 40 до 64 років – коефіцієнт 1,2 (444 грн), а для людей віком понад 65 років – коефіцієнт 2 (740 грн).

До кінця 2018 р. заклади первинної медичної допомоги, які почали фінансуватися за договором із НСЗУ, також отримували по 240 грн за умовного пацієнта, який теоретично проживає на території обслуговування закладу, але ще не уклав декларацію про вибір лікаря. При цьому від загальної кількості таких пацієнтів щомісячно будуть вираховувалися люди, які вже підписали декларації з лікарями.

У рамках реформи системи охорони здоров'я увага приділяється просуванню реформи в сільській медицині і спільно з місцевою владою вибудовується механізм взаємодії. Необхідно активніше залучати органи місцевої влади до фінансування потреб сільських медичних закладів, особливо в частині будівництва та реконструкції. «Якщо регіони не вкладають в медичні заклади кошти, значить, їм ці заклади не потрібні. Якщо вкладають, то і відповідальність за функціонування амбулаторій вища. У лікарів має бути все – від обладнання і місця проживання до транспортного засобу», – цитата з Постанови Кабінету Міністрів України. У результаті реформи кількість амбулаторій на селі Старокостянтинівського району практично не зменшилась. При цьому деякі амбулаторії реконструйовані, деякі перепрофільовані з амбулаторій монопрактики – на 1–2 лікарів, на амбулаторії з більшою кількістю – профільних фахівців.

Впроваджуючи реформу первинної медицини в сільській місцевості, у першу чергу враховуються особливості України. Перша особливість – це велика кількість людей, що проживає в сільській місцевості – 33 %. До прикладу, у Німеччині – 5–7 % сільського населення.

В Україні є достатня кількість сімейних лікарів, які працюють на первинному рівні, але ті умови і можливості, які у них є, не дозволяють навіть «лікарю від Бога» надати якісну медичну послугу кожному українцю.

Тому реформа охорони здоров'я полягає не тільки в запровадженні сучасних підходів до приміщень і медичного обладнання, а в першу чергу – новітніх методів, телемедицини, які можуть записувати дані, передавати їх на вторинний рівень і отримувати дуже швидко консультацію від фахових лікарів з вузькопрофільних питань. «Медична реформа – це не косметичний точковий ремонт амбулаторій або ФАПів, це кардинальна зміна умов проведення фахових консультацій лікарів, залучення сімейних лікарів саме у сільську місцевість, створивши їм належні умови роботи», - цитата з Постанови Кабінету Міністрів України.

МОЗ працює над створенням системи, яка б забезпечила якісну первинну послугу у сільській місцевості. Вже розроблена і затверджена методика медичної мережі амбулаторій, де буде знаходитися лікар, визначено територію доступності і

кількість людей, які буде обслуговувати лікар і співпрацювати з вторинним рівнем, перелік обладнання, протоколи лікування тощо.

«В Україні вже впроваджується програма eHealth по укладанню договорів. Але для нас дуже важлива складова цієї програми, яка буде працювати як E-konsalt. Це програма, яка дозволить спілкуватися сімейним лікарям з другим рівнем: кардіологом, офтальмологом або іншим лікарем, який може надати фахову консультацію [17].

Впровадження якісної первинної допомоги у сільській місцевості, сьогодні є вкрай важливим. Адже стан інфраструктури медичної допомоги на селі жахливий. 82 % ФАПів і амбулаторій в Україні без водопостачання і 75 % без водовідведення і санітарних умов. «Говорити про дообладнання або ремонт існуючої інфраструктури, неможливо. Тому, сьогодні ми «step-by-step» рухаємося розробленою маршрутною картою, яка передбачає впровадження якісної первинної допомоги на селі з фаховими лікарями, які в першу чергу будуть наближені до людей», – Постанова Кабміну.

Поряд із цим реалізується програма з реформування сільської медицини, яка полягає не тільки у формуванні спроможної мережі і обов'язковій наявності лікарів в амбулаторіях, а й у впровадженні нових підходів, які сьогодні працюють у багатьох країнах світу. Це досвід Канади, Хорватії, Німеччини, інших європейських країн, які використовуючи телемедицину, можуть надавати вчасну і якісну медичну послугу своїм громадянам.

Комп'ютерні програми, які будуть забезпечувати телемедицину, надійдуть з Канади, своїм досвідом поділиться Німеччина, Хорватія надіслала фахівців, які допоможуть запроваджувати цю систему. Додатково до бюджетних коштів, коштів місцевого самоврядування, фінансування цього проекту, надає Світовий банк.

З 1 січня 2019 р. не передбачено медичної субвенції для фінансування закладів, які надають первинну медичну допомогу, лише капітація. Отже, для укладення договору з НСЗУ та отримання оплати всі заклади ПМД повинні виконати «домашнє завдання»: перетворитися з бюджетних установ на некомерційні підприємства, забезпечити належне матеріально-технічне оснащення,

обрати медичну інформаційну систему та приєднатися до системи «Електронне здоров'я», підписувати декларації про вибір лікаря, що виконано в Старокостянтиніві.

Перед ОТГ стоять п'ять завдань, щоб «не тільки пацієнти, але й лікарі відчували, що щось змінилося». Найперше, що мають зробити органи місцевого самоврядування, це реорганізувати медичні заклади, перетворивши їх у комунальні некомерційні підприємства (виконано). Як саме зробити це, МОЗ за потреби надає роз'яснення.

По-друге, усі заклади охорони здоров'я підключилися до електронної системи охорони здоров'я. З 2018 року усі рецепти і направлення електронні.

По-третє, органи місцевого самоврядування повинен базово оснастити комунальні медичні заклади. Пацієнт не повинен купувати ніякі засоби для огляду чи процедури в аптеці. Існує табель оснащення медичного закладу, який не так складно виконати.

Четверта позиція – треба забезпечити відповідний сервіс. Пацієнт не повинен стояти у чергах. Треба зробити так, щоб він не бігав здавати аналізи до поліклініки – нехай їх візьмуть у нього на місці і згодом перевезуть у поліклініку. Це реально втілити на практиці.

П'яте – треба провести комунікаційну кампанію, розповсюдивши матеріали МОЗ. Той, хто зробив це до липня цього року, зможе заключити договір з НСЗУ і отримує чималі кошти за новим принципом.

Вибір медичної інформаційної системи і підключення до неї на практиці відкриває шлях до отримання медзакладами фінансування на нових умовах. «Є чітких п'ять кроків для медзакладів – автономізуватись, підключитись до медичної інформаційної системи, яка дає можливість зареєструвати, заклад, лікарів і пацієнтів та укласти декларації. Щоб з 1 липня можна було отримувати фінансування за новими принципами капітаційної ставки заклад має бути підключений до системи eHealth, а це робиться через одну з медичних інформаційних систем. А тоді вже можливе укладання договору з Національною службою здоров'я і отримання коштів капітаційної ставки.

Медичні інформаційні системи (МІС) є різними. Сьогодні на українському ринку їх працює дев'ять. Ці системи мають різні функції та набір безкоштовних і платних модулів. Досліджуване підприємство - КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» з 2020 року використовує Helsi.

Декларації почали підписувати з 3 квітня 2018 р. У середньому на одного дорослого пацієнта потрібно 5 хв для оформлення декларації, на дитину 7–10 хв, адже існує потреба внести більше даних у систему. Загалом, від 20–50 декларацій у день підписує зазначений медичний заклад, у планах – проводити роботу і по суботах, для більш широко охоплення населення, коли всі знаходяться вдома.

Перспективні мережі надання первинної медичної допомоги формуються на виконання Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Його суть – забезпечення сільського населення, а це більше 13 млн людей, якісними медичними послугами. Для цього в державному бюджеті передбачено 5 млрд грн, які зокрема будуть спрямовані на будівництво нових амбулаторій, житла для лікарів, придбання медичного обладнання та службового транспорту.

Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги регулюється спільним Наказом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та ЖКГ № 178/24 від 06.02.2018 р. порядок надання первинної медичної допомоги врегульовано Наказом Міністерства охорони здоров'я № 504 від 19.03.2018 р.

Мінрегіон України розробив і затвердив рекомендації і стандарти щодо будівництва амбулаторій для моно-практики на одного лікаря, групової практики для 3–7 лікарів, забезпеченості житлом, транспортом і впровадження нових форм телемедицини.

Таким чином, Україна переходить на модель закупівлі медичних послуг на первинній ланці. Усі медичні заклади – бюджетні установи, які стануть комунальними некомерційними підприємствами, зможуть укласти договір із НСЗУ та почнуть отримувати кошти за капітаційним принципом (заклад отримує встановлену суму за пацієнта незалежно від того, чи звертається той по послуги).

Протягом 2018 року переважно перетворили свої медичні заклади з державних комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства, не втрачаючи при цьому ліцензію. Крім того, вони повинні покращити якість медичного сервісу для населення та зробити нові медичні стандарти нормою [20].

Розглянемо основні показники фінансування КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за 2018-2019 рр., які представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Показники фінансування КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2018-2019 рр.

Показник	2018 рік	2019 рік
Видатки з НСЗУ: абс. число на 1 мешканця	-	30364,2 тис. грн.
Видатки з місцевого бюджету: абс. число на 1 мешканця	22544,8 тис. грн. 57,38 грн.	2515,1 тис. грн.
Залучені кошти: абс. число	638,0 тис. грн.	1914,3 тис. грн.
Інші доходи (зазначити): абс. число		
Від оренди:	16,4 тис. грн.	16,4 тис. грн.
% від депозиту:	-	337,2 тис. грн.
Власні надходження (металобрухт):	8,6 тис. грн.	3,1 тис. грн.
Бюджет розвитку:	447,6 тис. грн.	366,5 тис. грн..
Видатки на пільгове забезпечення з місцевого бюджету в тис. грн.	378,5	581,2
Проживає осіб пільгової категорії	20605	20605
Забезпечено осіб пільгової категорії: абс. число	621	1694
% до всіх в районів	3,0	12
Видатки на медикаменти (невідкладна допомога):	600,5	580,0
- в тис. грн.	28,95	17,77
- на 1 мешканця на ФАПі/МПТБ	18,34	14,01
- на 1 мешканця на амбулаторії		
Середня заробітна плата лікаря	7550,0	12867,48
Середня заробітна плата смп	4675,0	5680,96

Проаналізуємо основні з них. Частину цих показників порівнювати недоцільно, оскільки протягом 2018-2019 рр. вступила в дію медична реформа і правила фінансування було змінено. До них відносяться: видатки з НСЗУ, Видатки з місцевого бюджету на 1 мешканця, залучені кошти. Видатки на пільгове

забезпечення з місцевого бюджету зросли в 2019 році на 202 тис. грн. в порівнянні з попереднім роком. Забезпечено осіб пільгової категорії в 2018 році – 621 особу; в 2019 році – 1694 особи, що більше більш ніж на 1000 осіб. Видатки на медикаменти зменшились в 2019 році на 20 тис. грн. в порівнянні з попереднім роком. Те саме стосується видатків на медикаменти на 1 мешканця ФАПі\МПТБ та амбулаторії на 11 та 4 тис.грн.

Позитивна динаміка прослідковується стосовно середньої заробітної плати: зарплата лікаря в 2019 році в порівнянні з попереднім 2018 роком зросла на 5300 грн., а середнього медичного персоналу – на 1000 грн.

2.3 Управління персоналом

Більше року тому заклад був автоматизований, розроблений та затверджений статут підприємства. Але вже тоді було зрозуміло, що це – лише початок випробувань. Головна проблема чекала попереду – забезпечити ефективну діяльність та розвиток автономного закладу в нових ринкових умовах, в умовах боротьби за пацієнта. Заклади такого типу повинні, насамперед, створити довгострокові стратегії розвитку, погодити їх з власниками та почати розбудовувати системи управління всередині закладів і нині можемо констатувати, що цей процес стартував.

Міжнародні організації консультують керівників закладів, що надають первинну медичну допомогу щодо написання стратегій. Така діяльність запроваджена та проводиться і зараз в досліджуваному нами закладі.

Ми проаналізували типові напрямки розвитку, що їх обирають автономні заклади охорони здоров'я. Найпоширеніші з них є наступні:

- підвищувати якість послуг – використовувати клінічні протоколи, запроваджувати системи контролю якості, розбудовувати системи профілактичної роботи з населенням;

- розвивати сервіс – вдосконалювати систему управління сервісом, зручність та комфорт для пацієнта, комунікацію тощо;

- створювати систему роботи з персоналом, адже саме від роботи з персоналом значно залежить, чи реалізує заклад стратегічні пріоритети.

Головні проблеми, які виникають у роботі з персоналом:

- брак кадрів – не вистачає персоналу, переважно лікарів;
 - немотивованість персоналу, неготовність до змін, незважаючи на достойну заробітню плату;

- незрозумілі умови оплати праці – як після відмови від тарифної сітки розраховувати працівникам зарплату, та ще по телебаченню мовлять, що зарплата лікаря повинна розпочинатись з 25 тисяч гривень (а де ці кошти брати?).

А тому, система управління персоналом покликана своєчасно забезпечувати заклад достатньою кількістю персоналу з достатнім рівнем кваліфікації та мотивації, щоб реалізувати оперативні та стратегічні цілі закладу, а також підтримувати середовище, що сприяє продуктивній роботі людей.

В досліджуваному закладі управління персоналом має наступні складові:

- 1) Планування персоналу (на 2-3 роки).
- 2) Облік та правове забезпечення персоналу.
- 3) Управління інформацією.
- 4) Залучення та добір персоналу.
- 5) Адаптація персоналу.
- 6) Оцінювання персоналу.
- 7) Мотивація персоналу.
- 8) Розвиток персоналу.

Управління персоналом можна вважати системним за трьох умов:

- усі складові системи пов'язані єдиними критеріями – моделлю компетенцій, показниками діяльності тощо;

- єдині критерії пов'язують систему роботи з персоналом зі стратегією закладу;

- система гнучко реагує на зміну стратегії закладу через перегляд критеріїв.

Автоматично критерії залежать від стратегії закладу, наприклад, стратегічний пріоритет нашого закладу – розвиток сервісу пацієнтів. Тоді компоненти сервісної поведінки (доброзичливість, прагнення допомогти тощо) вводимо у критерії добору та оцінювання персоналу та в програму його розвитку.

Відправна точка роботи з персоналом – планування кількісної та якісної потреби в ньому. І тут не обійтися без чіткої стратегії. Представляємо розрахунок потреби Старокостянтинівської КНП ЦПМСД в медичному персоналі.

Реальне населення громади становить 61 610 осіб. 95% громадян до 2021 року довіряють саме нашим сімейним лікарям, тобто вже заключили, або до закінчення 2021 року заключають декларації з нашими сімейними лікарями. Отже ЦПМСД має обслуговувати:

$$61610 \cdot 0,95 \approx 58530 \text{ осіб.}$$

Порівняємо отримане значення зі реальними значеннями в 2018-2020 рр. Результати представимо у вигляді таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Кількість населення, що обслуговується КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Показник	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021рр.
Заклучено декларацій всього	48983	51028	59488	58530
% від всього прикріпленого населення	77,65	81,9	96,6	95

Для наочності представимо результати у вигляді діаграми (рисунок 2.1). Останній стовпчик діаграми 2.2 вказує на ту кількість заключених декларацій, яка була б оптимальною для КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Враховуючи динаміку за 2018-2020 рр., коли зростання кількості декларацій постійно зростало і на кінець поточного 2020 року ЦПМСД уклало 96,6 % декларацій, прогнозуємо, що підприємство до кінця 2021 року заключить близько 100 % заключених

декларацій від кількості прикріпленого до КНП населення. Також необхідно врахувати наступні зміни в кількості населення, що обслуговується КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

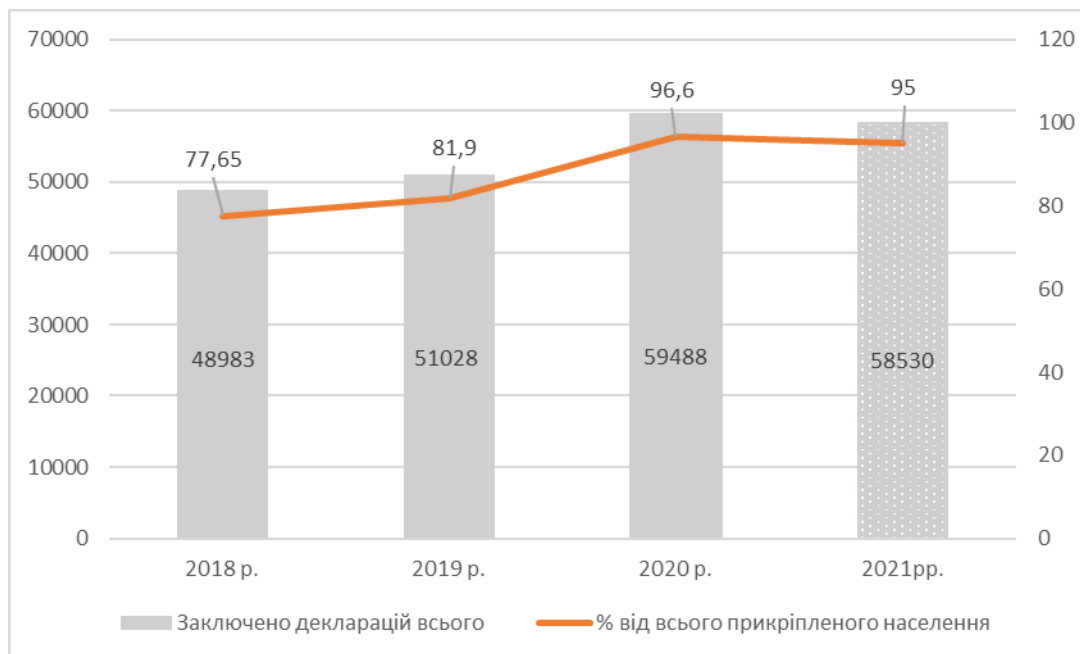


Рисунок 2.1 - Кількість населення, що обслуговується КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2018-2020 рр. та розраховане значення 2021 р.

Старокостянтинівський центр ПМСД надає первинну медико-санітарну допомогу населенню району в амбулаторіях та вдома, яке складає 61610 осіб: (2019р. – 62296 осіб)

- в сільській місцевості – 27303 особи (2019р. – 27873);
- міських жителів – 34307 особа (2019р. – 34423);
- дитячого населення – 11971 (2019р. – 12166).

Зменшення населення на 1186 осіб (1,91%) більшою частиною за рахунок проживаючих в сільській місцевості на 570 осіб (2,05%) – міське зменшилось на 116 особи (0,34%).

Наступний крок – розрахувати орієнтовну кількість сімейних лікарів, яка зможе обслуговувати таку кількість населення. Для цього необхідно

проаналізувати стратегічні документи закладу і отримати відповіді на такі запитання:

- Чи планує ЦПМСД в наступному році працювати на засадах виключно сімейної медицини? Адже нині в штаті працюють і педіатри;
- Яке середнє навантаження на сімейного лікаря заплановане в ЦПМСД? 1800 пацієнтів – це зазвичай максимальний обсяг практики, який набирають сімейні лікарі, але не є нормативом;
- Яка щільність населення в районі обслуговування? Адже якщо в селах мешканці живуть на великій відстані один від одного, а це ПМСД обслуговує не одне таке село, кількість пацієнтів на лікаря може бути ще меншою;

Припустимо, що кожен сімейний лікар укладе в середньому 1600 декларацій, що на 200 пацієнтів менше за максимальний обсяг практики. Відповідно, на 58530 осіб населення знадобиться:

$$58530 \text{ осіб} : 1600 \text{ осіб} \approx 36 \text{ лікарів.}$$

Порівняємо отриману кількість лікарів, необхідну для обслуговування 58530 осіб, з кількістю лікарів за період 2018-2020 рр. Оформимо результати у вигляді таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Кількість лікарів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2018-2021 рр.

Показник	2018 р.	2019 р.	2020 р.
Кількість підписаних декларацій	48983	51028	59488
Кількість лікарів (з навантаженням 1600 декларацій на 1 лікаря)	30	35	31
Фактична кількість лікарів	38	34	37

Як бачимо за результатами таблиці, кількість лікарів у 2018 році була 38 (у підрахунку на 1 лікаря було заключено близько 1300 декларацій). Але необхідно

врахувати, що 2018 рік – рік трансформацій і тому великий відсоток населення не заключив протягом цього року декларації ні з одним сімейним лікарем. Тому не варто в даному розрізі робити висновки про недовантаженість сімейних лікарів досліджуваного ЦПМСД. У 2019 році навантаженість на 1 лікаря близько 1500 осіб. А у 2020 році за підсумками 11 місяців навантаженість на 1 лікаря значно зросла: на 1 лікаря припадає і становить трохи більше 1600 осіб (1607 осіб). Тому лікарі досліджуваного підприємства працюють на повну завантаженість. Для наочності побудуємо діаграму (рисунок 2.2).

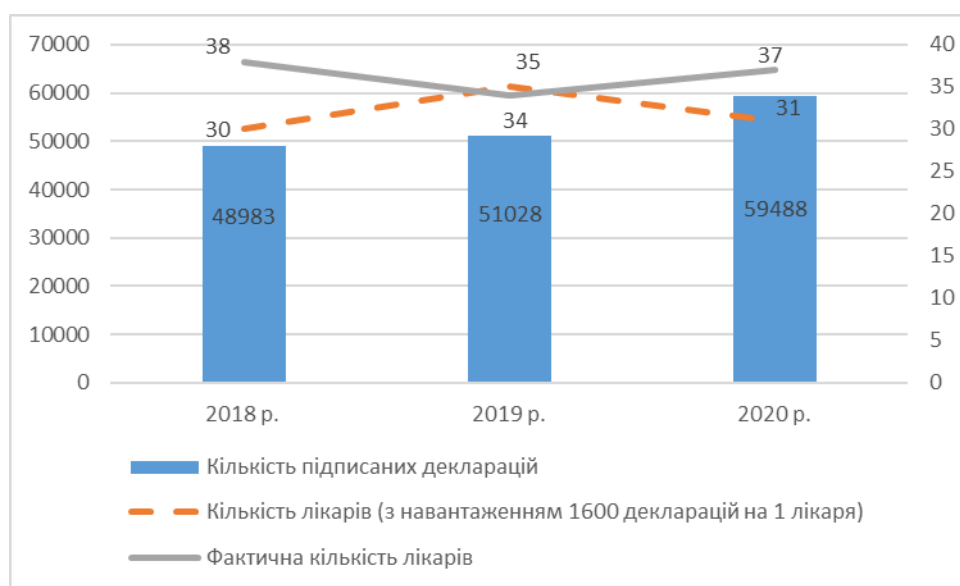


Рисунок 2.2 – Навантаженість лікарів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2018-2020 рр.

На рисунку 2.2 відображено кількість населення, що обслуговується КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», а також кількість лікарів, які за середньою оцінку мають працювати (штрихова лінія) та фактична кількість лікарів, що працюють на дослідженому підприємстві. Очевидно, що на кінець 2020 року лікарі повністю завантажені і не перевантажені, що також є позитивним моментом.

Далі проаналізуємо потребу в середньому медичному персоналі. Звична модель, коли одна сімейна медсестра працює з одним лікарем. У сільській місцевості, там де в складі амбулаторій є ФАПи, кількість медсестер може бути більшою.

Структура Старокостянтинівського центру ПМСД станом на кінець (11 місяців) 2020 року складається з:

- 14 амбулаторій (6 в місті);
- 40 ФАПів та ФП (менше 200 осіб – 4, 200-300 осіб – 13, понад 1000 чоловік – 1);
- 18 МПТБ (медичні пункти тимчасового базування).

Станом на III кв. 2019 року структура виглядала наступним чином:

- 13 амбулаторій (5 в місті);
- 50 ФАПів та ФП (менше 200 осіб – 12, 200-300 осіб – 13, понад 1000 чоловік – 1);
- 8 МПТБ (медичні пункти тимчасового базування).

П'ять амбулаторій (№1, № 2, №4, №5, №6) надають медичну допомогу населенню м. Старокостянтинів.

Проаналізуємо зміни в структурі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за останні 2 роки (рисунок 2.3).

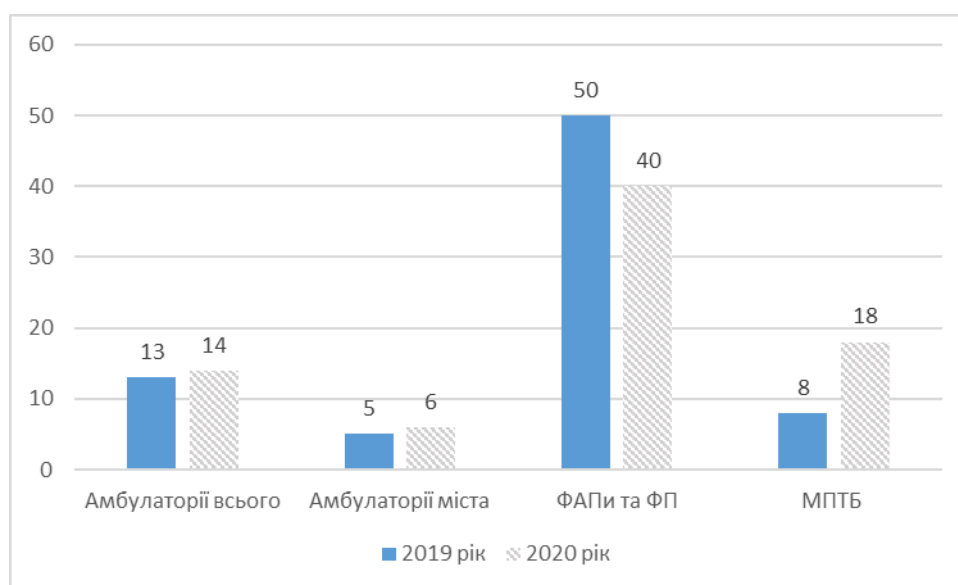


Рисунок 2.3 – Структура КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

Як бачимо з рисунку 2.3, станом на кінець 2020 року, Збільшились на 1 одиницю амбулаторії міста та на 10 одиниць медпункти тимчасового базування; зменшилась кількість ФАПів та ФП на 10 одиниць.

Проаналізуємо середній медичний персонал. Дані занесемо в таблицю 2.43.

Таблиця 2.4 – Показники середнього медичного персоналу КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

Показник	2019 рік	2020 рік
Штатні посади	134,25	127,25
з них:		
зайняті	122,0 (90,9%)	111,25 (87,4%)
фізичні особи	122 (90,8%)	112 (88%)

Вирішення питання щодо кількості медсестер можливе спільно із сімейними лікарями. Збільшення кількості медсестер полегшить їхню роботу, але знизить фонд оплати праці. В результаті аналізу даних таблиці 2.4 робимо висновок про те, що кількість населення, що обслуговує досліджуваний центр ПМСД, значно зросла у 2020 році, а кількість зайнятих штатних посад та фізичних осіб зменшилась на 4 % та 3% відповідно, що говорить про нестачу середнього медичного персоналу.

Наступний крок – розрахунок кількості допоміжного персоналу: адміністраторів, реєстраторів та санітарок. Їх кількість залежить від кількості та розміру амбулаторії. У амбулаторії на одного-двох сімейних лікарів адміністратор зазвичай не потрібен. На чотирьох лікарів потрібен один адміністратор, на десятих – два, тощо.

Кількість управлінського персоналу вираховуємо від загальної кількості основного персоналу, що працює в закладі. Чітких нормативів тут немає. При цьому враховуємо особливості амбулаторій, віддаленість від місця проживання задекларованих пацієнтів, а також фонд оплати праці закладу. У структурі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» кількість керівників незмінна протягом 2019-2020 рр. – 2 особи.

Враховуючи теперішній розвиток цифрових комунікацій, в будь-якому закладі буде корисним ІТ-фахівець. Але якщо можливість відповідної оплати заробітної плати неможлива, то такого фахівця не знайти сьогодні. Тоді постає питання: заробляти більше і оплатити достойну зарплату ІТ – фахівцю, або відмовитись від цієї посади і запрошувати такого фахівця за вимогою. Альтернативно відповідні обов'язки, за сумісництвом, виконує технічно грамотний працівник. Досліджено також питання організаційної структури деяких посад. Серед них – оператор комп'ютерного набору. Якщо всі фахівці закладу самостійно працюють з комп'ютером, такою посадою можна знехтувати з метою економії фонду заробітної плати.

Кількість штатних посад лікарів на 10 тис. населення – 8,8, кількість фізичних осіб лікарів на 10 000 населення – 5,03, укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами – 56,8%. Детальніше показники штатів представимо у вигляді таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Забезпеченість кадрами КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

Посада	2019 рік			2020 рік		
	штатних посад	зайнятих	фіз. осіб	штатних посад	зайнятих	Фіз. осіб
Сімейні лікарі:	27,5	22,5	18	27,5	22,5	12
Кількість штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення	4,4			4,4		
Кількість фізичних осіб сімейних лікарів на 10 тис. населення	2,9			1,9		
Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами	65,5%			43,6%		
Дільничні педіатри:	9,5	8,75	7	9,5	8,25	6
Кількість штатних посад дільничних педіатрів на 10 тис. населення	1,5			1,5		

Продовження таблиці 2.5

Кількість фізичних осіб дільничних педіатрів на 10 тис. населення	1,1			1,0		
Укомплектованість штатних посад дільничних педіатрів фізичними особами	71,8%			63,1%		
Дільничні терапевти:	11,0	8,75	7	11,0	8,25	8
Кількість штатних посад дільничних терапевтів на 10 тис. населення	1,7			1,8		
Кількість фізичних осіб дільничних терапевтів на 10 000 населення	1,1			1,3		
Укомплектованість штатних посад дільничних терапевтів фізичними особами	63,6%			72,7%		

Веснянська, В.Мацевицька та Красносілецька АЗПСМ – жодна лікарська посада не зайнята основним працівником.

Звертаємо увагу на працівників, які перетнули межу пенсійного віку, або наблизились до неї. Таких працівників в КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» станом на 2020 рік - 16 осіб (48,5% всіх лікарів). У 2019 році кількість таких лікарів була більша на 4 особи (47 %). Часто такі працівники демотивовані, стомлені, не сприймають змін. Плануємо поступово вивести їх на пенсію із заміною.

Крім того, визначаємо працівників, які не відповідають культурі та вимогам закладу й не докладають зусиль, щоб змінитись. Такі працівники також є кандидатами на звільнення та заміну. Поступове оновлення колективу збереже його стабільність.

Як видно з таблиці 2.5, згідно штатних посад, не вистачає сімейних лікарів, дільничних педіатрів та терапевтів. Кількість штатних посад сімейних лікарів та педіатрів на 10 тис. населення протягом 2019-2020 рр. не змінилась; терапевтів – зросла на 0,1. Кількість фізичних осіб сімейних лікарів на 10 тис. населення

зменшилась на 1; педіатрів – не змінилась; терапевтів - зросла на 0,2. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами зменшилась на 22 %; педіатрів – зменшилась на 13 %; терапевтів – зросла на 9 %.

Крім того, проводимо аналіз та обміркуємо те, які ж працівники потрібні закладу? Тому, підбираючи молоді кадри, чітко визначаємо критерії:

- бажання навчатись, відкрите сприйняття новизни;
- увага до потреб людини, бажання працювати з людьми;
- комунікабельність, уміння встановити контакт, спілкуватись, ставити запитання, слухати;
- здатність до самостійного критичного мислення, формування своєї думки, працювати з інформацією;
- уміння працювати з комп'ютером.

Ці навички враховуємо до підбору всіх категорій кадрів, а не тільки до лікарів.

Після визначення забезпеченості в кадрах, обмірковуємо про створення привабливого іміджу закладу для молодих фахівців, культури доброзичливості та підтримки.

В зв'язку з автономізацією закладу виникають нові вимоги до організації роботи, вводяться інновації, які запроваджує МОЗ та новостворена Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Працівникам нелегко пристосуватися до цих змін. Тому адміністрація нашого закладу налагоджує комунікації з працівниками, котрі підтримують та позитивно сприймають зміни та здатні до ініціативи та пропозиції власних ідей щодо перетворень – тобто формуємо групу підтримки, яка буде, опираючись на власний авторитет, послідовно підтримувати інновації та навчаючи інших працівників працювати по новому, зменшувати загальний опір колективу до змін, особливо зі сторони скептиків та консерваторів.

Крім того, керівництво ЦПМСД проводять інформаційну підготовку колективу щодо нововведень, використовуючи як пряме спілкування з колективом (лекції, семінари) так і пропонуючи інформацію у вигляді друкованих видань (наприклад, дайджести, буклети, інформаційні листи) та інтернет – ресурси.

Подолання негативної емоційної реакції колективу – це мистецтво управління. Але враховуємо, що емоції – це те, що рухає прогрес, навіть якщо ці емоції негативні. Адже у спокої – прогресу не буде. Тому, плануємо зустрічі з колективом та відкрите обговорення всіх проблем, внесення пропозицій від працівників та врешті, визначення узагальненого позитивного рішення щодо позиції змін. До прикладу, чимало проблем виникає у зв'язку з введенням необхідності оволодіння роботи з електронними медичними документами, запровадження співпраці з медичними інформаційними системами, НСЗУ, новаціями у медичній термінології, введення нових класифікаторів, довідників, тощо. Тому у період змін важливо публічно озвучувати похвалу тим лідерам, які опанували всі нові інструменти і методи комунікацій, адаптувались до нових вимог і правил. Керівництво заохочує активних, відповідальних працівників і допомагає тим, кому бракує умінь і знань, але присутнє бажання працювати та удосконалюватись професійно.

2.4 Система управління якості надання медичної допомоги

Якість медичного обслуговування (якісне медичне обслуговування) - це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня. Системні принципи управління діяльністю передбачають безперервний зв'язок управління і інформації. Науковці вважають, що ефективно можливо управляти лише там, де є достатньо інформації.

Особливу значимість має фундаментальний принцип зворотного зв'язку, відповідно якому інформація про функціонування керованої системи або її елементу передається суб'єкту управління, який таким чином отримує можливість

коригувати управлінський процес. Відсутність зворотного зв'язку призводить до зниження ефективності управління, навіть до повної втрати керованості системи. Принцип зворотного зв'язку покладений в основу контролю якості медичної допомоги, який розглядається як одна з провідних функцій управління.

Контроль якості спрямований на визначення відповідності реальних характеристик організації медичної допомоги і виконання медичних технологій цільовим критеріям якості. Наказом МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» затверджені види, форми і складові контролю якості, визначені його організаційні структури. Відповідно до положень наказу, потребують оновлення існуючі організаційні технології контролю якості та адаптації до сфери охорони здоров'я – нові технології контролю (внутрішній аудит, самооцінка системи якості), що обумовило доцільність розробки даних методичних рекомендацій.

Актуальність видання методичних рекомендацій значною мірою посилюється необхідністю визначення загальних методичних підходів до формування критеріальної бази якості і методів оцінки якості, що дозволить використовувати отриману за оціночними даними інформацію для підтримки управлінських рішень з координації дій в системі і поліпшення якості медичної допомоги. Мета методичних рекомендацій: обґрунтувати та розробити сучасні підходи до організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я відповідно до потреб інформаційного забезпечення керівників для прийняття управлінських рішень з поліпшення якості. Методичні рекомендації призначені для керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників, завідувачів відділень і структурних підрозділів, лікарів.

Провідна функція контролю простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, що регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні:

- Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (набрав

чинності 01.01.2012 року). Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

- Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

Наказах МОЗ України від:

- 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249;

- 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201;

- 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314;

- 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.);

- 30.11.2012 р. № 981 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за № 171/18909»;

- 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».

Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників,

отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості;

- 19.09.2011 р. № 597 «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

- 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1003/17019);

- 10.02.2011 р. №80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372.

Згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю.

Суб'єктами контролю виступають вповноважені органи за межами медичної установи (зовнішній контроль), адміністрація та керівники відділень/структурних підрозділів – безпосередньо в закладах охорони здоров'я (внутрішній контроль).

Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами медичних послуг.

До громадського контролю якості медичної допомоги залучені громадські організації, громадяни в процесі їх звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації. Громадський контроль носить консультативний характер.

Зовнішній відомчий контроль, згідно з Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрованим Міністерством юстиції України за № 1996/22308 від 28.11.2012 р., вповноважені здійснювати МОЗ України, у тому числі, Департамент з питань якості медичної та

фармацевтичної допомоги, МОЗ Автономної республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Обсяг повноважень зазначених суб'єктів управління охоплює сфери проведення ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичної допомоги, атестації спеціалістів, розгляду звернень громадян, і передбачає право винесення владних рішень, а також обов'язкових до виконання приписів і розпоряджень.

Внутрішній контроль якості, відповідно до діючих галузевих нормативно-правових документів, проводиться керівництвом та медичними радами закладів охорони здоров'я. Традиційна практика організації діяльності передбачає надання керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень з виконання контрольних функцій заступникам за окремими напрямками діяльності та завідувачам відділеннями / керівникам структурних підрозділів.

Сучасні підходи до внутрішнього контролю якості передбачають також впровадження аудиту та самооцінювання системи управління якістю. Особливістю суб'єкту контролю в системі управління якістю слід вважати обов'язкове віднесення до нього лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю). Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 об'єктами контролю визначені структурні, процесуальні та результативні компоненти системи якості, зокрема, кваліфікація спеціалістів, організація медичної допомоги, реалізація управлінських рішень з питань якості, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, випадки дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарг громадян, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги.

Серед показників якості роботи медичного закладу, в нашому випадку КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», було вирішено обрати такі показники, які характеризують всі напрями діяльності закладу охорони здоров'я:

- відвідування;
- виїзди на село;

- денні стаціонари та стаціонари вдома;
- флюорографічні обстеження;
- туберкулінодіагностика;
- бактеріоскопія мокроти;
- цитологічне обстеження;
- онкологія;
- інформація про пацієнтів, що отримують паліативну допомогу;
- інформація про дітей першого року життя;
- інформація по Старокостянтинівському РАКС;
- робота фізіотерапевтичних кабінетів;
- ЕКГ-дослідження;
- лабораторні обстеження;
- використання швидких тестів;
- санітарно-просвітницька робота;
- проводиться робота по державній програмі «Доступні ліки»;
- участь в медичній реформі (вибір лікаря).

Розглянемо кожну групу детальніше.

Відвідувань за III квартал 2020 року всього – 93267 (2019 р. – 112710), зменшились на 9707 (17,3%), з них:

- до сімейних лікарів всього – 55735 (2019р. – 68521) – зменшились на 12786 (18,7%);

- до терапевтів всього – 25230 (2019р. – 26191) – зменшились на 961 (3,7%);

- до педіатрів всього – 12302 (2019р. – 17998) – зменшились на 5696 (31,6%);

Відвідування в поліклініці, всього – 87176 (2019р. – 105863) – зменшились на 18687 (17,7%).

Відвідування вдома, всього – 6091 (2019р. – 6847) – зменшились на 756 (11%).

Відобразимо кількість відвідувань у вигляді діаграми (рисунок 2.4).



Рисунок 2.4 – Кількість відвідувань КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

Як видно з рисунку 2.4 кількість відвідувань у 2020 році зменшилась до всіх категорій лікарів. Негативна динаміка і в структурі відвідувань: найбільша – відвідування в поліклініці. Загалом – зменшення відвідувань на 17,3%. Пояснюється це епідеміологічною ситуацією в країні і відвідування населення відбувались лише за великою потребою.

Дослідимо виїзди на село за досліджуваний період:

За 2020 рік – 369 (2019р. – 395) – зменшилось на 26 (6,6%);

- з них до дітей 289 (2019р. – 245) – збільшилось на 44 (18%).

Прийнято всього населення – 9369 (2019р. – 9446) – зменшились на 77 (0,8%);

- з них 4656 дитини (2019р. – 4198 дитини) – збільшилось на 458 (10,9%).

Представимо результати у вигляді діаграми (рисунок 2.5).

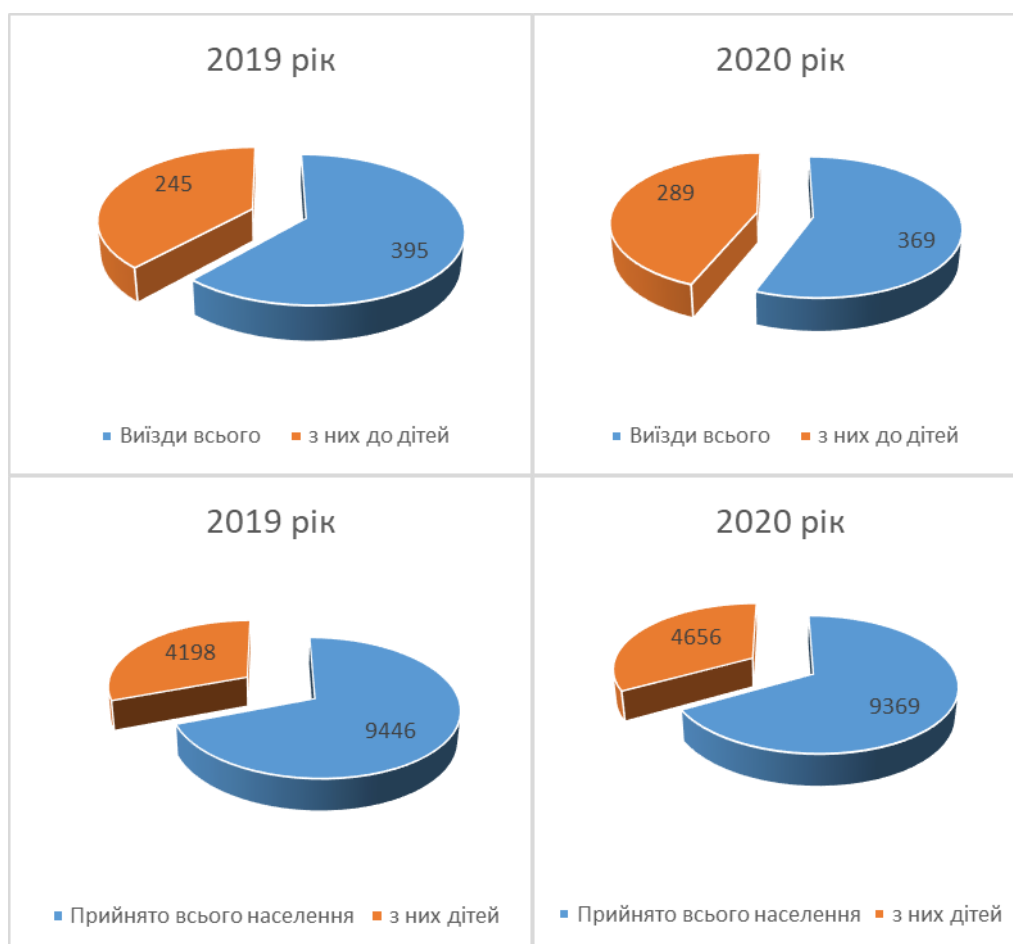


Рисунок 2.5 – Кількість виїздів на село та прийнятих КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

Кількість виїздів в 2020 році зменшилась, але збільшилась частка виїздів до дітей та збільшилась їх продуктивність всіма категоріями лікарів (особливо до дітей).

Ліжка денного стаціонару станом на 2020 рік – 88 ліжок (15 дитячих) – 14,13 на 10 тис. населення (2019р. – 13,95 на 10 тис. населення).

Проліковано хворих всього – 2264 (2019р – 2572), 3,7 на 100 жителів (2019р – 4,1), з них працездатного віку – 1049 (2019р – 1085), 2,9 на 100 працездатних (2019р – 3,2);

Середнє перебування – 6,6 (2019р – 6,5),

Відмічається зменшення кількості денних стаціонарів на 308 (12,0%), зменшення частки працездатного населення на 36 осіб (3,3%).

Проліковано хворих в стаціонарах вдома – 2561 (2019р. – 1819), 4,2 на 100 жителів (2019р – 2,9),

з них працездатного віку – 773 (2019р – 391), 1,3 на 100 працездатних (2019р – 0,6);

Середнє перебування –6,6 (2019р – 6,8).

Відмічається збільшення кількості стаціонарів вдома на 742 (40,8%), строки перебування зменшились на 0,2 л/д (2,9%), збільшення частки працездатного населення на 382 особи (97,7%).

Флюорографічні обстеження за 11 місяців 2020 року:

- населення 15 і старші – 51454, (2019 – 52492), підлягало – 36508 (2019р. – 36680)
- зроблено за III квартал – 7089 (2731 ФГ та 4358 профілактичні Ro), на 1000 населення – 115,1‰ – 19,4% від підлягаючих (2019р. – 12587, на 1000 населення – 202,1‰ – 34,3% від підлягаючих),

Пересувний флюорограф в районі не працював.

Вперше виявлено та взято на «Д» облік – 9 хворих (2019р. – 19 осіб)

Туберкульоз легень – 8 хворих, (2019р. – 18 осіб), позалегеневий – 1 (2019р. – 1 особа) [ураження хребта], з деструкцією – 7 осіб – 87% від хворих на туберкульоз легень (2019р. – 8 – 44%).

Група медичного ризику – 8622, підлягає – 8612, оглянуто – 1121 (13,0%).

Підлягало туберкулінодіагностиці на рік – 7879 дітей (2019р. – 8031), зроблено за III квартал 2020 року - 5368 – 68,1% від річного плану (2019р. – 1446 – 16%).

В тому числі мешканці села: підлягало туберкулінодіагностиці на рік – 2697 дітей (2019р. – 3085), зроблено за III квартал 2020 року - 1244 – 46,1% від річного плану (2019р. – 894 – 29%)

За 11 місяців 2020 року кількість хворих з підозрою на тbc, у яких взяли на дослідження мокроту – 84, виявлено 4 позитивних результати – це 4,76% (2019р. 156– 6 – 3,8% відповідно).

Показник продуктивності бактеріоскопічного дослідження мокроти на БК(+) покращився.

Оздоровлено 11 дітей (2019р. – 17):

- Кам'янець-Подільський – 0 (2019р. – 6)
- Світанок – 3 (2019р. – 4)
- Плужне – 8 (2019р. – 0)

Дорослих – 5 (2019р. – 5) в республіканські санаторії.

Підлягало цитологічному обстеженню 23742 жінок (2019р.- 24747).

Зроблено цитологій – 76473 – 32,2% від річного плану (2019р. – 10641 – 41,1%).

Зменшився відсоток виконання річних планів цитологічного обстеження жіночого населення.

За 11 місяців 2020 року зареєстровано первинних онкохворих 140, з них в I-II стадіях – 123 (87,9%), (2019р. – 173 – 158 – 91,3% відповідно) – знизився відсоток раннього виявлення онкозахворювань.

Візуальних форм онкозахворювань виявлено 46, з них в I-II стадіях – 41 (89,1%), (2019р. – 64 – 58 – 90,6% відповідно) – відсоток раннього виявлення візуальних форм онкозахворювань зменшився.

На кінець 11 місяця 2020 року на території обслуговування ЦПМСД паліативну допомогу отримують 124 осіб (за звітний період взято на облік 6 осіб, знято з обліку 8 осіб), з них 17 дітей

На території обслуговування ЦПМСД проживає 381 дітей першого року життя, 367 з яких зареєстровано до лікарів ПМД, 16 осіб не зареєстровано протягом першого місяця життя та 8 більше місяця.

За 11 місяців 2020 року по Старокостянтинівському району зареєстровано:

- народилось дітей живими, осіб – 334 (з них по селу 46);
- померло всього, осіб – 699 (з них по селу 337)
- з них в працездатному віці, осіб – 92 (з них по селу 46)
- дітей першого року, осіб – 1.

Робота фізіотерапевтичних кабінетів:

- кількість первинних хворих – 2023 особи (2019р. – 3782) – зменшилась на 1759 (46,5%);
- кількість відпущених процедур – 14389 (2019р. – 28774) – зменшилась на 14385 (50%);
- в т.ч. дітей – 660 особи (2019р. – 1639) – зменшилась на 979 (59,7%);
- кількість процедур дітям – 4333 (2019р. – 11783) – зменшилась на 7450 (63,20%).

Показники роботи фізіотерапевтичних кабінетів КНП значно погіршилися в порівнянні з минулим роком.

Загальна кількість ЕКГ обстежень – 7569 (2019р. – 11490) – зменшилась на 3921 (34,1%):

- обстежено осіб – 6408 (2019р. – 10255) – зменшилась на 3847 (37,5%);
- з них проф. огляди – 716 (2019р. – 1461) – зменшилось на 745 (51,0%);
- оглянуто дітей – 434 (2019р. – 986) – зменшилось на 552 (56,0%);
- ЕКГ на дому – 837 (2019р. – 713) – збільшилось на 124 (17,4%);

Відмічається зменшення кількості осіб, яким проведено ЕКГ за рахунок і дорослих і дітей, збільшення обстежень на дому.

За 11 місяців 2020р. надано та профінансовано послуги (лабораторні обстеження):

- загальний аналіз крові – 5201 (село – 1248, місто – 3953);
- аналіз крові на цукор – 1424 (село – 360, місто – 1064);
- холестерин крові – 241 (село – 60, місто – 181);
- загальний аналіз сечі – 3020 (село – 758, місто – 2262);

Вимір цукру крові в АЗПСМ проводиться за допомогою глюкометрів (є в достатній кількості) – за 11 міс. 2020 року проведено 2143 (село – 1001, місто – 1142).

Договір на надання послуг з КДЛ ЦРЛ був заключний з 01 липня 2019 року – тому повірвання показників наразі неможливе.

Станом на кінець 11 місяця 2020 року використання швидких тестів:

- на ВІЛ – використано 1, з них позитивних 0; залишок – 40;
- на гепатит В – використано 3, з них позитивних 0; залишок – 28;
- на гепатит С – використано 1, з них позитивних 0; залишок – 32;
- на тропоніни – використано 6, з них позитивних 0; залишок – 39;
- на вагітність – використано 1, з них позитивних 1; залишок – 35;

Санітарно-просвітницька робота:

- Статті в місцевій пресі 69 (2019р. – 25);
- Радіомовлення 79 (2019р. – 32);
- Лекції 399 (2019р. – 598).

Регулярно під час прийомів в амбулаторіях ЗП/СМ та викликів додому лікарі проводять бесіди з пацієнтами щодо профілактики гострих та хронічних захворювань, дотримання здорового способу життя. Патронажні медичні сестри, акушерки та фельдшера пропують здоровий спосіб життя і медичні знання під час патронажів та відвідувань хворих на дому.

Проводиться робота по державній програмі «Доступні ліки». Станом на кінець 11 місяця 2020 року всього виписано рецептів – 23132 (2019р. – 11844), з них:

- на хворих з гіпертонічною хворобою – 18664 – 80,7% від усіх, (2019р. – 9476 – 80,0%);
- на хворих з бронхіальною астмою – 547 – 2,4% від усіх, (2019р. – 386 – 3,3%);
- на хворих з цукровим діабетом II типу – 3921 – 17% від усіх, (2019р. – 1982 – 16,7%).

Участь в медичній реформі (вибір лікаря) – станом на 01.12.2020 року зареєстровано 47505 декларацій (77,1% статистично зареєстрованого населення), з них дітей 0-17 років – 10674 (89,2%), дорослих старше 18 років – 36831 (74,2%).

2.5 Управління матеріальними ресурсами

Сучасні управлінці в усіх галузях підприємницького бізнесу часто вживають на практиці такі терміни, як «стратегія розвитку фірми», «тактичне планування», «логістичний підхід», «логістика товарно-матеріальних запасів». Розвиток логістичного підходу в управлінні комунальним неприбутковим підприємством (КНП) закладу охорони здоров'я багато в чому визначається обслуговуванням пацієнтів на завершальному етапі логістичного ланцюжка.

На цьому етапі взаємодіють два потоки: потік медичних послуг, що надаються колективами закладу охорони здоров'я (медичним персоналом), і потік пацієнтів, яким необхідні ці послуги. При цьому, на всьому шляху руху пацієнти виступають не тільки об'єктами управління, а й об'єктами обслуговування. У цій взаємодії найчастіше медичні послуги надаються медичним персоналом на своєму робочому місці, тобто потік медичних послуг характеризується постійним місцем без переміщення учасників у просторі, але з певними часовими характеристиками. Однак у системі охорони здоров'я спостерігають й інше явище, коли медичний персонал переміщається до нетранспортабельних пацієнтів, надаючи медичну допомогу, в таких випадках: виклик сімейного лікаря додому; швидка медична допомога; катастрофи, епідемії.

Тому сьогодні у науковій літературі з'являються праці, де вченими здійснюється обґрунтування медико-соціального значення логістичного підходу, розробляються теоретичні рекомендації щодо його методичного застосування, зазначаються напрямки розвитку та поширення в управлінні закладом охорони здоров'я.

Проблемам застосування логістики в управлінні закладами охорони здоров'я присвячені праці таких вчених, як В. А. Бердугіна, Т. М. Віленської, О. О. Гайволя, І. В. Кочіна, І. О. Тогунова, Н. Ю. Трифонової, С. О. Уварова, В. П. Філіпішина, Е. В. Хандоги [1, 7, 9, 10]. Значний внесок у розвиток теоретичних засад впровадження логістичних підходів у медичну галузь здійснили Г. В. Анцев, І. В. Белікова, О. С. Каневський, В. М. Кислий, А. В. Костріков, І. С. Ткачук, В. Л. Хайкін та ін. [2, 5].

Однак питання медико-соціального обґрунтування логістики в управлінні саме КНП галузі охорони здоров'я за умов реформування потребує подальших досліджень.

Сутність адаптації закладів охорони здоров'я до ринкової економіки за умов реформування полягає в їх готовності та здатності швидко пристосовуватися і успішно функціонувати в постійно мінливих умовах конкурентного середовища, яке складається під комплексним впливом політичних, економічних, соціальних, правових, культурних та інших факторів, що впливають на роботу медичного закладу. Підвищення рівня адаптації закладів охорони здоров'я до реформ (створення комунальних некомерційних підприємств) неминуче пов'язане з комплексним рішенням існуючих нині проблем усіма відомими шляхами: правовим, економічним, адміністративним, інформаційним, психологічним. Однак їх конкретні напрямки можуть бути реалізовані тільки на основі логістичного підходу до управління, який включає кілька аспектів.

По-перше, це приведення у відповідність реаль ної структури надання медичної допомоги потребам населення за рахунок ефективного управління потоковими процесами в КНП галузі охорони здоров'я; по-друге, це широке впровадження в практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-

діагностичного процесу; розподіл бюджетних ресурсів між КНП відповідно до їх можливостей; по-третє, це формування в медичній установі релевантної інформації, що забезпечує ефективність управління. Вказана логістична модель організації системи управління КНП закладу охорони здоров'я дозволить підвищити рівень їх адаптації до роботи за умов реформування і збільшити ефективність діяльності з медичного обслуговування населення [9].

Вчені О. С. Каневський, В. М. Кислий та І. С. Ткачук, враховуючи зазначену вище орієнтацію медичної галузі на ліберальні економічні способи господарювання, зазначають, що лікарі, які працюють на різних рівнях управління галуззю, змушені все частіше віддавати перевагу актуальним логістичним підходам як одному із ефективних напрямків організації матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я. Підтвердженням даного факту є значна кількість наукових публікацій з цього питання у фаховій літературі, що вийшли друком останнім часом. Проте найвагомішими працями виявилися ті, автори яких працюють у галузі військової медицини. Причини цього, напевно, слід вбачати у зазначених вище «коренях» самої науки. Логістика в галузі військової медицини на сьогодні є найбільш опрацьованою галуззю знань і може бути основою для організації матеріально-технічного забезпечення медицини загалом суспільного користування [5].

Незважаючи на широке використання терміну, з нашої точки зору, трактування логістики є різнобічними. Однак їх можна розділити на три основні групи, відповідно до яких дане поняття виступає у вигляді:

- напрямку в господарській діяльності, що полягає в управлінні матеріальними потоками сфери виробництва та обігу. Цільова орієнтація – своєчасна поставка ресурсів;

- група інформаційного забезпечення з використанням міждисциплінарного наукового напрямку, за допомогою якого відбувається пошук нових можливостей підвищення ефективності управління;

- підприємницької концепції, способу мислення, що є середовищем творчості бізнесмена із стратегічною орієнтацією його бізнесу.

У результаті вказані групи визначень можна інтегрувати за головною характеристикою логістики як науки – здійснювати організацію потоку всередині підприємства, тобто протягом усього виробничого ланцюга – від стадії розрахунку з постачальниками до стадії фінансування за надані послуги з урахуванням необхідності оплати за використання матеріальних цінностей.

Одним із базових понять логістики є поняття логістичної системи. Логістична система – це адаптована система зі зворотним зв'язком, яка виконує ті або інші логістичні функції (рисунок 2.6), складається з двох підсистем (рис. 2.7) і має розвинений зв'язок із зовнішнім середовищем.

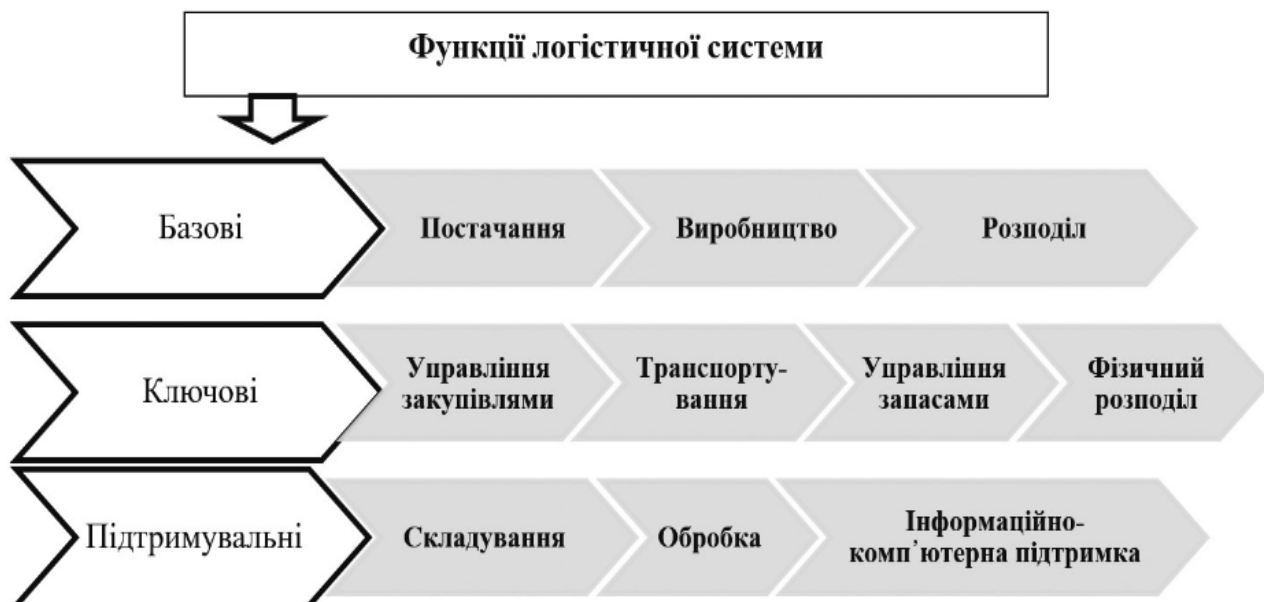


Рисунок 2.6 - Функції логістичної системи

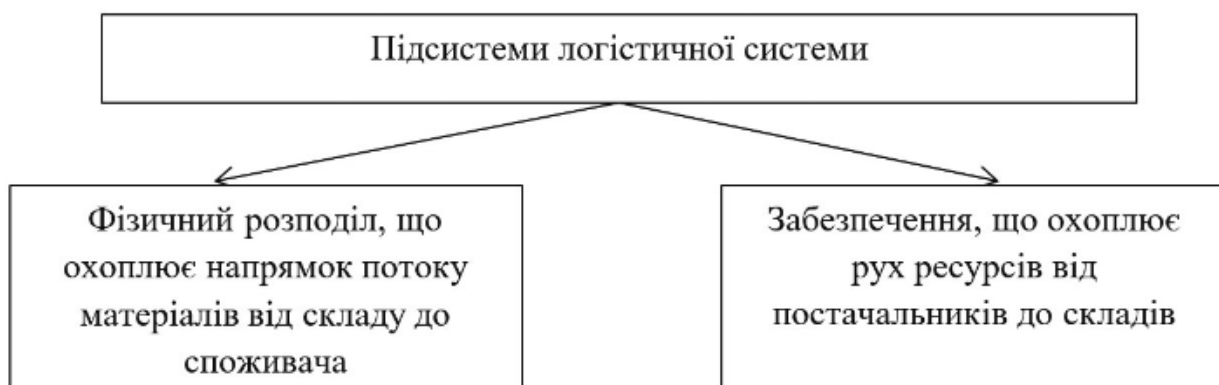


Рисунок 2.7 – Підсистеми логістичної системи

Виходячи з цього, В. П. Філіпішин основними елементами постачання медичних ресурсів у КНП закладу охорони здоров'я вважає виробничі запаси, транспорт, обслуговування, складське господарство, інформаційний зв'язок та контроль (таблиця 2.6).

Виокремлення меж логістичної системи КНП закладу охорони здоров'я подано на рисунку 2.8.

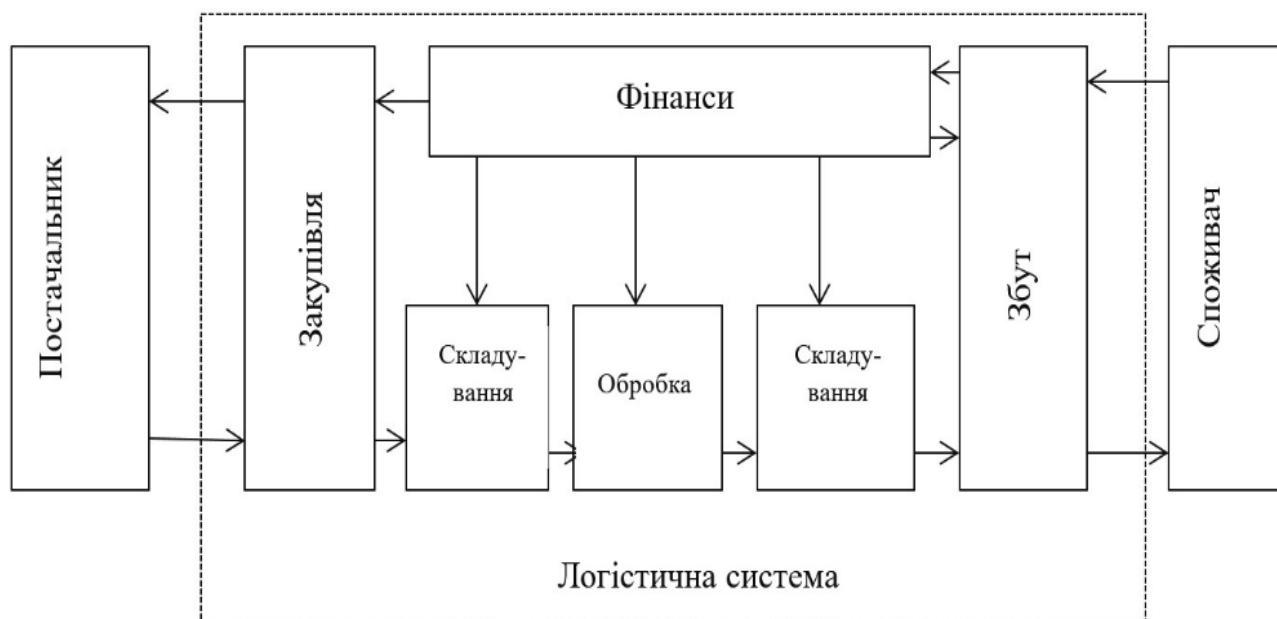


Рисунок 2.8 - Цикл потоку ресурсів у КНП закладу охорони здоров'я

Далі розглянемо один з аспектів логістичного підходу – ефективне управління поточковими процесами в медичних установах. У КНП галузі охорони здоров'я існують кілька видів потоків (пацієнтів, інформації, фінансів, матеріально-технічних ресурсів), які формують єдиний багатокомпонентний потік, де потоки пацієнтів є першочерговими об'єктами ефективного управління, оскільки від них залежить динаміка показників інших видів потоків. На думку науковця В. А. Бердугіна, рух потоку характеризується процесуальними параметрами: потужністю, тривалістю добового і тижневого руху, інтенсивністю руху і медичного обслуговування, часом очікування пацієнта, довжиною черги, а також параметрами, які дозволяють інтегрально оцінювати оптимальність режиму поточкового руху [18].

Таблиця 1. - Основні елементи постачання медичних ресурсів у КНП закладу охорони здоров'я

Елементи	Значення
Виробничі запаси	Вони виконують буферну роль між транспортними органами, складом та споживачем, а також допомагають економічно та ефективно функціонувати всій системі. Майно може бути зосередженим безпосередньо в запасах складів чи максимально наближеним до споживача. Обсяги майна у запасах мають бути оптимальними для всієї системи. Запаси дають змогу швидко реагувати на зміни попиту та забезпечують рівномірність роботи складських структур
Транспорт	Логістичний підхід особливу увагу приділяє перевезенням майна як від постачальників до регіональних складів, так і від складів до споживачів. Основними характеристиками транспорту є вартість та надійність
Обслуговування	Логістика, яка обслуговує той чи інший процес, зокрема лікувально-діагностичний, є націленою не тільки на визначення його потреб, а й на згладжування коливань попиту та пропозиції
Складське господарство	Включає складські приміщення, засоби завантаження, складування тощо
Інформаційний зв'язок та контроль	Логістична система керується за допомогою інформаційної та контрольної підсистем. Ці підсистеми беруть участь у переданні замовлень, вимог на відвантаження, підтримують потрібний рівень запасів

Основним визначальним параметром для потоків у КНП є потужність, яка диференційована за характером потоків, за структурними підрозділами і коливається за часом, що дозволяє виявити проблемні «вузькі місця» на етапах маршруту руху, де необхідна диспетчеризація та ефективна система оперативного управління.

Логістична модель як метод вивчення потоків КНП закладу охорони здоров'я дозволяє в рамках процесу виробництва медичних послуг створити систему узгодженого з часом руху потоків по етапах встановлених маршрутів, інтегрувати систему управління наданням медичної допомоги і виробничої діяльності установи, оперативно виявляти дефекти функціонування підрозділів і служб шляхом порівняння картини, яка об'єктивно склалася з еталонними параметрами багатокомпонентного потоку [21].

На нашу думку, очевидно, що ефективний механізм організації логістичних процесів, пов'язаних із потоками ресурсів і їх використанням у КНП закладу охорони здоров'я, не є самоціллю, а виявляється одним з елементів оптимізації бізнес-процесів. Перспективи вдосконалення управління КНП і в цілому галузі охорони здоров'я пов'язані зі створенням системи забезпечення контролю якості медичної допомоги саме на основі побудови бізнес-процесів. При цьому сукупність потоків ресурсів, задіяних у бізнес-процесах, відіграє істотну роль у формуванні ефективних логістичних систем управління.

Медичні бізнес-процеси в управлінській літературі трактуються як складові єдиного технологічного процесу, який передбачає використання найбільш ефективних за результативністю і економічністю методів діагностики і лікування, а також матеріальних, кадрових та інших можливостей

КНП закладу охорони здоров'я. Може бути використана класична технологія опису бізнес-процесів діяльності організації, яка включає наступні етапи: опис організаційної структури; опис бізнес-напрямків діяльності компанії; виділення і побудова дерева бізнес-процесів; оцінка і вибір бізнес-процесу для подальшого опису, аналізу та оптимізації; опис ключових бізнес-процесів, обробка і формування на їх основі наборів керівних документів і блок-схем бізнес-процесу та інформаційних потоків. Необхідно пам'ятати, що перед прийняттям управлінських рішень потрібно провести планування або проектування, яке завершується розробкою інвестиційного проекту. У цьому випадку логістичний менеджмент може претендувати на статус методології управління в охороні здоров'я і сприйматися як особливий вид підприємницької діяльності в кожній організації або установі. Найбільш концентровано підприємницька діяльність в медичній організації виражається у фінансовому аспекті й може бути представлена як сукупність різних взаємопов'язаних моделей управління.

Варто відзначити, що хоча концепція логістичного управління, яка розглядає матеріальні, інформаційні та інші потоки як єдине ціле, є новою, практично ця концепція реалізується за допомогою різноманітних, але перевірених практикою економіко-математичних методів і моделей. Таким чином, визначається місце

загальної концепції логістичного управління серед інших напрямків дослідження і управління, таких, як адміністрування, маркетинг і традиційний менеджмент.

Згідно з концепцією логістичного управління, КНП закладу охорони здоров'я для розвитку логістичних систем необхідно керуватися сформованими принципами логістики. До основних принципів логістики належать принципи раціональності, цілісності, системності, ієрархії, інтеграції, формалізації і формування (рисунок 2.9).

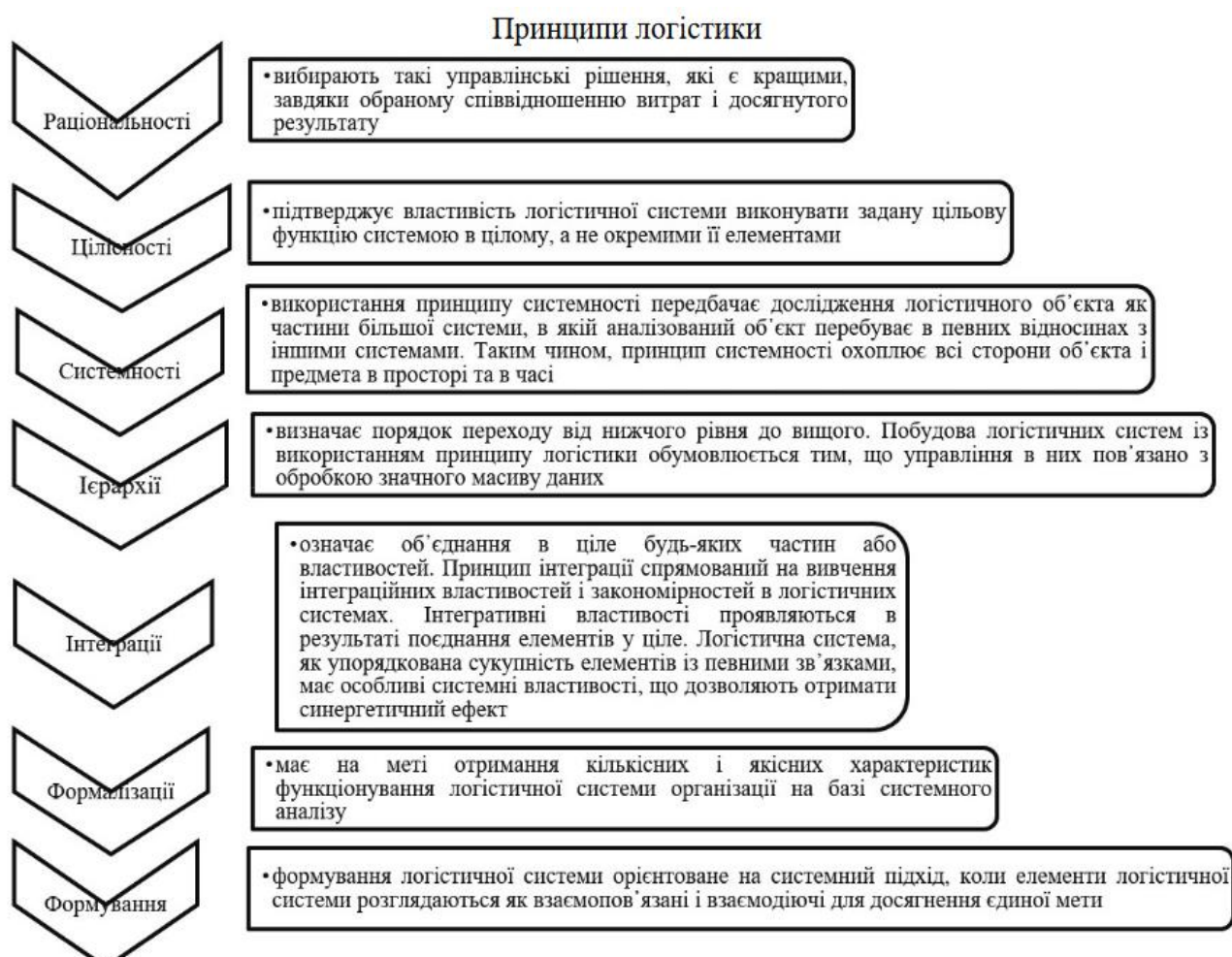


Рисунок 2.9 - Принципи логістики

Принципи логістики доцільно застосовувати в організації роботи реєстратури КНП (здійснення запису та направлення пацієнта до лікарів різного профілю). Організацію вказаного виду праці, оптимізацію потоків інформації, контроль за впорядкуванням черговості прийому пацієнтів можна вважати ефективними

видами комплексного логістичного аналізу внутрішніх потоків економічних структур. Пропонуємо також впроваджувати логістичні підходи для оптимізації внутрішніх потоків медичного персоналу та хворих, їхнього забезпечення і обслуговування медичним обладнанням у лікувально-профілактичних установах. Одним із можливих напрямків застосування логістики у КНП, на наш погляд, є організація взаємодії закладів із службою швидкої допомоги в режимі реального часу. В результаті відбудеться оптимізація потоку хворих до лікарень, усунення піку їхнього перенавантаження, підготовка персоналу та обладнання до прийняття тяжких хворих тощо.

Таким чином, впровадження управлінського підходу в КНП закладу охорони здоров'я на основі логістичного менеджменту зумовлено не стільки розвитком обсягу виробництва медичних товарів і наданням медичних послуг, скільки становленням ефективних бізнес-процесів, результатом яких є успішна адаптація медичних установ до нових реформ.

Також варто відзначити, що в даний час створення КНП закладу охорони здоров'я за необхідності раціонального використання ресурсів, задіяних у різних потоках обслуговування пацієнтів, набуває інноваційного значення. Інновації, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів, необхідно проводити з урахуванням їх медичної, економічної та соціальної ефективності. Для мобілізації наявних резервів потрібно підвищити рівень економічної роботи, використовуючи сучасні методи управління потоками ресурсів і вдосконалюючи систему оплати праці працівників КНП.

Згідно з твердженням О. О. Кізім, інновації в логістиці – найактуальніша складова логістичної діяльності, покликана вивчати необхідність і можливість впровадження прогресивних інновацій в організацію поточного та стратегічного управління потоковими процесами з метою виявлення і використання додаткових резервів шляхом раціоналізації (оптимізації) цього управління [24].

На даному етапі розвитку регіонів, важливим елементом діяльності інноваційних систем у логістиці стають управління нововведеннями і оцінка інвестицій, а також логістична координація в процесі вироблення рішень, що

стосуються продуктивних або процесних інновацій. Транспортні інновації використовують в організації та управлінні як галуззю матеріального виробництва, так і невиробничої галузі, до якої належить охорона здоров'я. При цьому, логістичні інновації, відчуваючи необхідність регулярної реновації технічних засобів, активно впливають на розвиток науково-технічного прогресу [28].

З точки зору процесів, сучасна логістика на 90 % складається з інформаційних технологій, решта 10 % становить безпосередньо надання медичних послуг та доставка медичної продукції.

Без застосування або постійної реновації інформаційних технологій в логістиці, сучасні КНП будуть зазнавати негативних змін, оскільки інформаційні технології використовують в усіх галузях і на всіх етапах логістичного процесу [18].

Нестача якісних медичних послуг, що пропонується КНП закладу охорони здоров'я, може призвести до того, що споживачі почнуть активно шукати їм альтернативу. Затримки або перебої в своєчасному забезпеченні лікарськими засобами та доступній і своєчасній медичній допомозі можуть вплинути на здоров'я пацієнтів. У такому випадку пропонуємо КНП закладам охорони здоров'я створення власних логістичних центрів для забезпечення надійного безперебійного ланцюга поставок, завдяки яким буде можлива своєчасна доставка продукції необхідної якості та кількості, в потрібне місце і в потрібний час.

При необхідності транспортування імунобіологічних препаратів, лікарських засобів, медичного обладнання логістичному центру повинні бути представлені вимоги, згідно з якими будуть здійснюватися процеси транспортування, складування, дистрибуції

1. Транспортування має здійснюватися з використанням спеціального виду транспорту, призначеного для ліків і медичної техніки.

2. Необхідне забезпечення спеціалізованими упаковками в разі вимог дотримання певних температурних режимів. Спеціальна упаковка і авто мобілі-рефрижератори, контейнери для авіавантажів і постійний моніторинг гарантують,

що відправлення будуть перебувати в межах заданої температури протягом усього шляху.

3. Повинен проводитися моніторинг, оновлення статусу замовлення на кожному з етапів перевезення.

4. Безперервне відстеження вантажу – найважливіша складова процесу надійної доставки товару. Персональним доставкам приділяють велику увагу, інформацію про їх проходження відстежують в режимі реального часу за допомогою он-лайн системи трекінгу вантажів.

5. Потрібне повне дотримання вимог нормативних актів.

Розглянемо та проаналізуємо основні показники матеріально-технічної бази КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» (таблиця 2.7).

Проаналізуємо показники матеріально-технічної бази КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Якщо порівняти суми, які були витрачені на придбання обладнання в 2018 році до 2019 року, то бачимо, що у 2019 році обладнання закупили майже на 600 грн більше, що, звичайно, є позитивним моментом, адже, якість надання послуг збільшується в тому числі за рахунок потрібного обладнання, медичної техніки і т.д., яка потребує постійного оновлення.

Щодо ремонту амбулаторій, то у 2018 році було виділено більше коштів і проведено відповідно більше ремонтних робіт, ніж у 2019 році. Ця негативна тенденція насправді не є негативною, оскільки необхідні ремонтні роботи, зроблені у 2018 році, не потребують оновлення у 2019 році.

Стосовно будівництва амбулаторій, то таких витрат у КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» не було у 2018 році, а у 2019 році було побудовано 2 амбулаторії, на які виділені більше 12 млн.грн.

На заходи протипожежної безпеки досліджуване підприємство у 2019 році виділило набагато більшу суму коштів (на 112 тис. грн.), ніж у 2018 році. Це свідчить про те, що підприємство дотримується всіх потрібних протипожежних заходів, що є позитивним моментом.

Таблиця 2.7 – Показники матеріально-технічної бази

Показники	2018 рік	2019 рік
Придбання обладнання – тис. грн.: конкретно по видах та кількості обладнання:	Холодильник для зберігання лікарських засобів-1, Лампа бактерицидна ДБ-30 -1, Термометр клінічний «Medicare» -111, Вимірювач артеріального тиску «Medicare» -15, Системний блок б/в Lenovo Think Centre M58 7359 QWX -1, Ноутбук HP 250 G6 Black FreeDOS -1, Ноутбук Asus X542UF -2, Ноутбук Acer Extensa EX2540-30 LY -8шт., Ноутбук Acer ES1-533 -1, Комп'ютер в комплекті Samsung 794MB SL (системний блок-Logic Power, мишка, клавіатура) -1, БФП Canon MF232W -3, БФП Epson xp-342 -1, Принтер Panasonic KX MB 1500UC -1, Пульсоксиметр портативний -3, Отоофтальмоскоп -3, Електрокардіограф Біомед ВЕ300-1, Ліхтарик діагностичний -5, Молоток неврологічний -3, Гігрометр -8, Ваги медичні (для дорослих)-1, Транспортний засіб (велосипед) -1	Електрофорез-2, Інгалятор-небулайзер-1, Ваги медичні для немовлят -1, Ноутбук Dell Inspiron3567 -28, Комп'ютер в комплекті -5, Багатофункціональний пристрій-18, Отоофтальмоскоп (набір великий, діагностичний) -8, Система для контролю рівня глюкози в крові Акку-Чек Актив -90, Пульсоксиметр портативний-27, Молоток неврологічний -23, Ліхтарик діагностичний -35, Термометр д/холодильника ТС-7м -24, Гігрометр ВІТ-1 -5, Гігрометр ВІТ-2 -12, Тонometr Gamma Optima -1, Сумка укладка для фельдшера з тонометром, глюкометром -2, Штативні стійки -2, Фотометр «МБА-540» -1, Ваги медичні RGZ-161 -1, Ваги для новонарод-жених -1, Холодильник для зберігання лікарських засобів -4, Манжета до тонометра -30, Груша до тонометра-10, Набір діагностичний Basic Set-отоскоп і офтальмоскоп -25, Вага напольна -1, Лампа бактерицидна -2, Опромінювач бактерицидний (ОБН35) -35.
	231тис.51грн.	829 тис.55 грн.
Ремонти амбулаторій – конкретно і у тис. грн. - АЗПСМ с.Ст.Остропіль - АЗПСМ с.Красносілка - АЗПСМ с.Самчики - АЗПСМ с.Підгірне	732,358 49,98 60,00 50,00	Поточний ремонт кабінетів ФП с.Решнівка – 138,22

Продовження таблиці 2.7

Будівництво амбулаторій – конкретно і у грн.		АЗПСМ № 6 – 6 млн.грн. Самчиківська АЗПСМ – 6 млн. 351 тис.
Заходи з протипожежної безпеки – тис. грн.	70,718	183,14
Забезпеченість амбулаторій автотранспортом абс. число – % до всіх	11 84,6	11 84,6
Забезпеченість глюкометрами - амбулаторій: всього - % від всіх - лікарів: всього - % від всіх	48-29 54-88	133-80,4 34-100
Забезпеченість електрокардіографами - амбулаторій: всього - % від всіх - лікарів: всього - % від всіх		16-115,7 34-44,1
Забезпеченість амбулаторій вагами: - для дітей – всього - % від всіх - для дорослих – всього - % від всіх	21-161,5 13-100	22-162 13-100
Забезпеченість лікарів - отоскопами: всього - % від всіх - офтальмоскопами: всього - % від всіх - пульсоксиметрами: всього - % від всіх - пікфлуометрами: всього - % від всіх - таблицями для визначення гостроти зору: всього - % - холестеринометрами: всього - % від всіх		25-73,5 34-100 27-79,4 - 34-100 -
Наявність лабораторного обладнання: вказати яке і чи працює на весь центр	-	-

Сума коштів, виділених на забезпеченість амбулаторій автотранспортом незамінна протягом 2018-2019 рр.

Щодо забезпеченості глюкометрами, то станом на 2019 рік всі лікарі забезпечені даним приладом (у 2018 році лише 88 % були забезпечені), а стосовно забезпеченості амбулаторій, то у 2018 році було забезпечено глюкометрами лише 29 %, у 2019 році цей показник зріс до 80 %.

Забезпеченість амбулаторій електрокардіографами в 2019 році рівна 115 %, що свідчить про те, що всі амбулаторії забезпечені електродіаграмами, Щодо забезпеченості лікарів даним обладнанням, то лише 44 % всіх лікарів забезпечені ним. У 2018 році не здійснювалось витрат в даному напрямку, тому говоримо про позитивні зміни.

Забезпеченість амбулаторій та лікарів вагами протягом досліджуваного періоду майже не змінилась (у 2019 році було придбано 1 ваги).

На забезпеченість лікарів отоскопами, офтальмоскопами, пульсоксиметрами, пікфлуометрами, таблицями для визначення гостроти зору, холестеринометрами у 2018 році не виділено було коштів, а в 2019 році забезпеченість офтальмоскопами, таблицями для визначення гостроти зору – 100 %, пульсоксиметрами та отоскопами – понад 70 %. Простежується також позитивна динаміка забезпеченості даними приладами.

Підсумуємо аналіз та продемонструємо у вигляді діаграми витрати на матеріально-технічне забезпечення за кожен рік окремо (рисунок 2.10 - 2.12).

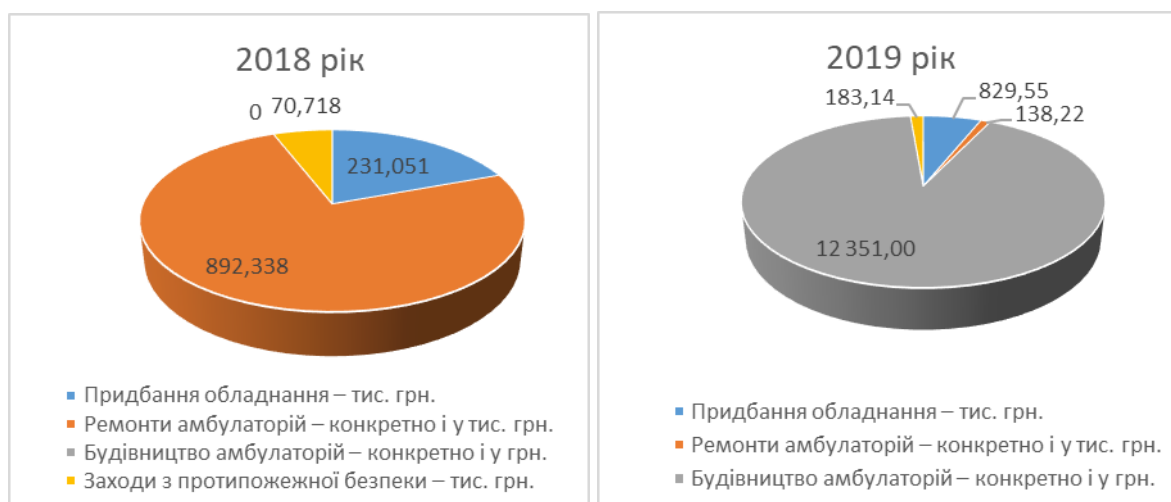


Рисунок 2.10 – Витрати КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» на матеріально-технічне забезпечення, 2018-2019 рр.

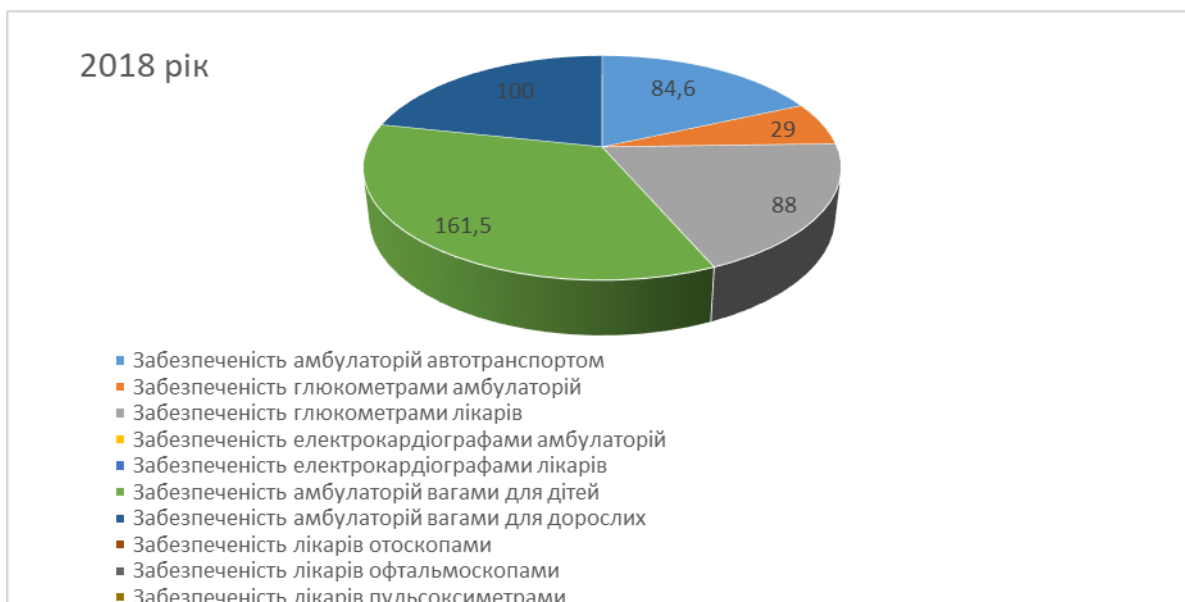


Рисунок 2.11 – Забезпеченість амбулаторій та лікарів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» приладами та обладнаннями, 2018 р.

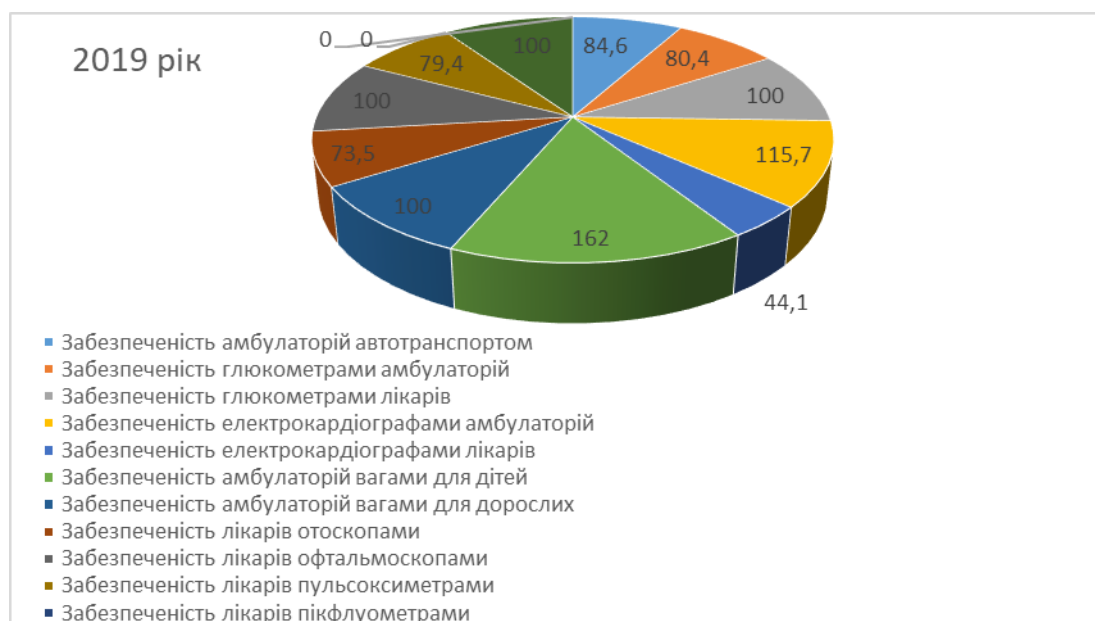


Рисунок 2.12 – Забезпеченість амбулаторій та лікарів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» приладами та обладнаннями, 2019 р.

Як ілюструють рисунки 2.10-2.12, на матеріально-технічне обладнання було виділено набагато більше коштів в 2019 році, ніж в 2018 році, що свідчить про позитивні зміни в роботі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» в розрізі управління матеріальними ресурсами.

Висновки до другого розділу

Головною метою створення Комунального некомерційного підприємства «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Старокостянтинівського району та уклало декларації з лікарями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Стратегічними цілями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі.

Завданнями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є: забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем проживання (перебування), попередження захворювань шляхом проведення вакцинації, виявлення онкологічних захворювань та туберкульозу на початкових стадіях.

Запровадження медичної реформи, окремі позиції якої не введені в дію і в теперішній час, тобто на момент написання диплому, вимагає принципових змін та доповнень в процес управління лікувальним закладом. Положення, які вже запроваджені, та заплановані зміни розглянемо на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» у наступному розділі дипломної роботи. Звичайно, розглянути всі аспекти змін в роботі лікувального закладу, враховуючи обсяг інформації, неможливо, тому ми зупинились на чотирьох основних позиціях: зміни в фінансовому менеджменті, система роботи з персоналом та управління кадрами, управління якістю медичної допомоги, управління матеріальними ресурсами.

В другому розділі здійснено глибокий аналіз кожної складової системи управління та зроблено висновки про позитивні зміни в роботі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» по більшості досліджуваних напрямів роботи,

що свідчить про позитивну адаптацію досліджуваного підприємства до нових умов функціонування закладів охорони здоров'я. Попри те, залишилась низка проблем, з якими зіштовхнулося підприємство після початку дії реформи. Ці та інші моменти будуть досліджені в третьому розділі дипломної роботи.

3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

3.1 Оцінювання ефективності системи управління

Важливим етапом для управління ефективності роботи будь-якого підприємства є здійснення деталізованого моніторингу його діяльності, з метою підвищення оперативності та ефективності прийняття управлінських рішень, а також контролю найбільш значущих показників діяльності, які є цільовими для підприємства.

В попередньому розділі дипломної роботи було здійснено детальний аналіз складових системи управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Складовими системи управління закладу охорони здоров'я є: зміни в фінансовому менеджменті, система роботи з персоналом та управління кадрами, управління якістю медичної допомоги, управління матеріальними ресурсами. Аналізування системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» проведено на основі системи показників, яка найбільш глибоко описує стан та ефективність роботи системи управління. Збалансована система показників передбачає інтеграцію фінансових та нефінансових індикаторів і при цьому чітко враховує причинно-наслідкові зв'язки між результуючими показниками та факторами, під впливом яких вони формуються [31].

Збалансована система показників визначає чотири проекції, які відображають відповідні чотири основних напрями роботи закладу охорони здоров'я. Для її практичного впровадження варто мати відповідь на нижче перелічені питання, на основі яких і будується модель удосконалення системи управління закладу охорони здоров'я:

— Як оцінюють підприємство інвестори - напрям «Фінансовий менеджмент»?

— Які процеси забезпечують підприємству достатній рівень матеріального забезпечення - напрям «Управління матеріальними ресурсами»?

— Чи наявні програми інновацій, розвитку, мотивації та росту — напрям «Управління кадрами»?

— Як оцінюють компанію клієнти — напрям «Управління якістю»?

Побудова моделі вдосконалення системи управління закладу охорони здоров'я передбачає здійснення комплексного моніторингу його діяльності. Для цього визначено показники по кожній складовій системи показників та здійснити їх розрахунок (розділ 2 дипломної роботи). Виокремивши для кожної складової системи по п'ять основних показників, які якомога краще описують кожен з напрямів роботи підприємства, представимо їх результати за 2019 рр. у таблиці 3.1. Більшість показників не мають нормативних значень, тому прийнято рішення оцінювати значення показників, враховуючи динаміку цього показника.

Таблиця 3.1 - Інтегральні значення основних показників комплексної оцінки системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Показник	2020 рік	Співвідношення показників, 2020 р.
Напрямок «Фінансовий менеджмент»		
Валовий прибуток (збиток)	858,7	0,4
Видатки на пільгове забезпечення з місцевого бюджету в тис. грн.	581,2	0,7
Видатки на медикаменти (невідкладна допомога), в тис. грн.	1694	0,5
Середня заробітна плата лікаря	12867,48	0,6
Середня заробітна плата смп	5680,96	0,6
Середнє значення	-	0,56
Напрямок «Управління кадрами»		
Середня кількість населення на 1 лікаря	1500	0,9
Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами	67,1%	0,6
Лікарів пенсійного віку	47 %	0,5

Продовження таблиці 3.1

Атестовано лікарів	23,5 %	0,3
Атестовано середнього медичного персоналу	36 %	0,4
Середнє значення	-	0,54
Напря́м «Управлі́ння я́кістю»		
Підписано декларацій	77,1%	0,7
Відвідування	-17,3%	0,1
Виїзди на село	-6,6%	0,1
Кількість денних стаціонарів	-12,0%	0,2
Кількості стаціонарів вдома	40,8%	0,4
Середнє значення	-	0,3
Напря́м «Управлі́ння матеріально-техні́чними ресурсами»		
Придбання обладнання, тис. грн.	829	0,8
Будівництво амбулаторій, шт.	2	0,7
Ремонти амбулаторій, тис. грн.	138,22	0,6
Забезпеченість глюкометрами та електрокардіографами амбулаторій та лікарів	85 %	0,8
Забезпеченість лікарів отоскопами, офтальмоскопами, пульсоксиметрами, таблицями для визначення гостроти зору	88,2 %	0,8
Середнє значення	-	0,74

Відповідно до отриманих середніх значень, визначаємо ступінь віддаленості моделі вдосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» від ефективного (оптимального) варіанту та оцінюємо за допомогою розрахунку відстані (r^x), за формулою 3.1:

$$r^x = \sqrt{\sum_{i=1}^4 (1 - b_i^x)^2}; \quad (3.1)$$

де b_i^x – інтегральні величини (середні значення) в діапазоні від 0 до 1, що характеризують компанію по кожному із модулів комплексної системи оцінки.

Значення показника віддаленості моделі вдосконалення системи управління компанії становитиме:

$$r^x_{2019}=0,87;$$

$$r^x_{2020}=0,95.$$

Аналізуючи отримані значення показника віддаленості моделі вдосконалення системи управління від оптимального варіанту, можемо стверджувати, що досліджуваному підприємству необхідно шукати шляхи щодо покращення існуючого стану, оскільки ступінь віддаленості моделі перебуває в межах від 0,5 до 1 за два аналізовані роки. Здійснимо графічне представлення чотирьох модулів за отриманими середніми значеннями (рисунок 3.1).

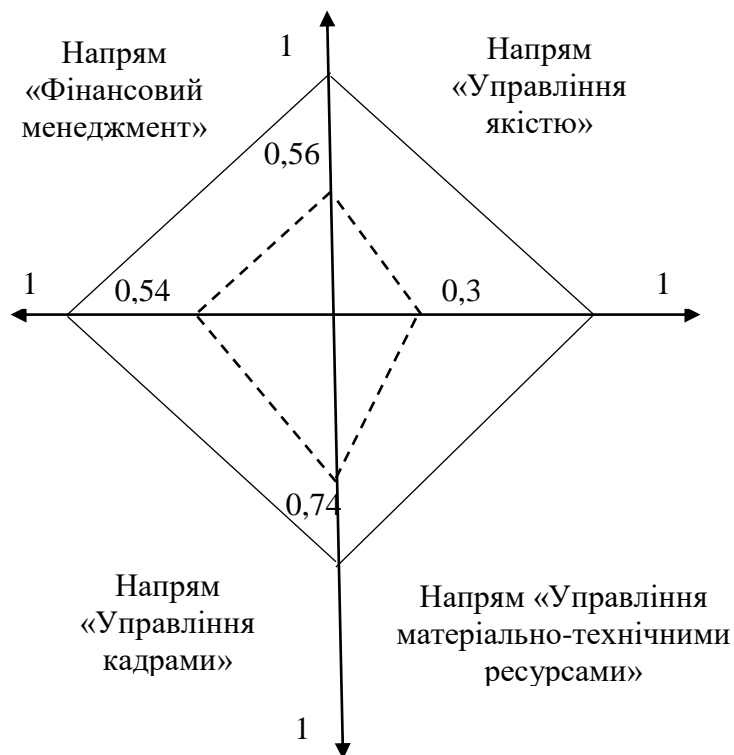


Рисунок 3.1 - Діапазон відхилень інтегральних величин напрямів моделі вдосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за 2020 р.

Таким чином, на підставі отриманих результатів оцінювання і вимірювання ефективності функціонування моделі, а також постановки процесів у діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», можемо рекомендувати керівництву

закладу обов'язковий перегляд системи мотивації та управління персоналом компанії, що безпосередньо може покращити загальний рівень продуктивності праці, а також переглянути процеси, що стосуються управління якістю, оскільки цей напрям в системі управління отримав найменше значення. З метою окреслення особливостей діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» проведемо SWOT-аналіз (розділ 3.2 дипломної роботи).

3.2 SWOT-аналіз КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

SWOT-аналіз 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.

Зовнішні чинники додатково впливають на майбутній розвиток. До них відносяться місцеві умови, а також проблеми, що мають місце в навколишньому динамічному середовищі внаслідок реформ і вимог перехідного періоду в Україні в цілому і, зокрема, в секторі охорони здоров'я. Зовнішні фактори можуть впливати на майбутній розвиток позитивно, якщо вони можуть бути використані в якості шансів для розвитку. Так само вони можуть вплинути на майбутній розвиток негативно, якщо формують ризики, особливо непередбачувані у своєму вигляді та обсязі. Концептуальний підхід розглядає ці шанси і ризики та намагається оптимізувати використання існуючих можливостей і звести до мінімуму вплив загроз.

Таблиця 1. SWOT-аналіз

Сильні сторони (внутрішні)	Слабкі сторони (внутрішні)
Які ваші сильні сторони? Що ви робите краще, ніж інші? Які унікальні ресурси та можливості у вас є? Як інші сприймають ваші сильні сторони?	Які ваші слабкі сторони? Що конкуренти роблять краще за вас? Що ви можете покращити? Що інші думають про ваші слабкі сторони?
Можливості	Загрози
Які тренди та умови можуть позитивно вплинути на вас? Які можливості існують для вас?	Які тренди та умови можуть негативно вплинути на вас? Що ваші конкуренти роблять, що може мати вплив на вас? Чи є фінансова стабільність та підтримка? Який вплив мають ваші слабкі сторони на загрози?

Сильні сторони КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»:

- Сімейні лікарі, лікарі та медсестри мають змінний графік, за яким вони працюють 8 годин на день протягом п'яти днів на тиждень. Два дня відводиться для відпочинку, залежно від загального графіку.

- Лікарня використовує сучасні технологічні медичні прилади та пристосування. Ці прилади включають рентгенівське обладнання, флюорографічне обладнання, електрокардіограф, глюкометри, отоскопи, офтальмоскопи, пульсоксиметри, послуги фізіотерапевтичного кабінету.

- Директор ЦПМСД – якісний менеджер.

- Побудова двох амбулаторій (АЗПСМ № 6 та Самчиківська АЗПСМ).

- Відремонтовано 4 амбулаторії (АЗПСМ с. Ст. Остропіль, АЗПСМ с. Красносілка, АЗПСМ с. Самчики, АЗПСМ с. Підгірне).

- В процесі ремонту приміщення роботи ФП с. Решнівка.

- Систематичне оновлення матеріально-технічної бази в ЦПМСД (Холодильник для зберігання лікарських засобів-1, Лампа бактерицидна ДБ-30 -1, Термометр клінічний «Medicare» -111, Вимірювач артеріального тиску «Medicare» -15, Системний блок б/в Lenovo Think Centre M58 7359 QWX -1, Ноутбук HP 250

G6 Black FreeDOS -1, Ноутбук Asus X542UF -2, Ноутбук Acer Extensa EX2540-30 LY -8шт., Ноутбук Acer ES1-533-1, Комп'ютер в комплекті Samsung 794MB SL (системний блок-Logic Power, мишка, клавіатура) -1, БФП Canon MF232W -3, БФП Epson xp-342 -1, Принтер Panasonic KX MB 1500UC -1, Пульсоксиметр портативний -3, Отоофтальмоскоп -3, Електрокардіограф Біомед BE300 -1, Ліхтарик діагностичний -5, Молоток неврологічний -3, Гігрометр -8, Ваги медичні (для дорослих) -1, Транспортний засіб (велосипед) -1, Електрофорез-2, Інгалятор-небулайзер-1, Ваги медичні для немовлят -1, Ноутбук Dell Inspiron3567 -28, Комп'ютер в комплекті -5, Багатофункціональний пристрій-18, Отоофтальмоскоп (набір великий, діагностичний) -8, Система для контролю рівня глюкози в крові Акку-Чек Актив -90, Пульсоксиметр портативний -27, Молоток неврологічний -23, Ліхтарик діагностичний -35, Термометр д/холодильника ТС-7м -24, Гігрометр ВІТ-1 -5, Гігрометр ВІТ-2 -12, Тонometr Gamma Optima -1, Сумка укладка для фельдшера з тонометром, глюкометром -2, Штативні стійки -2, Фотометр «МБА-540» -1, Ваги медичні RGZ-161 -1, Ваги для новонарод-жених -1, Холодильник для зберігання лікарських засобів -4, Манжета до тонометра -30, Груша до тонометра-10, Набір діагностичний Basic Set-отоскоп і офтальмоскоп -25, Вага напольна -1, Лампа бактерицидна -2, Опромінювач бактерицидний (ОБН35) -35).

-Доступність діагностичних послуг.

-Наближеність послуг ЦПМСД первинного рівня до вторинної та третинної медичної допомоги.

- Впровадження програми безперервного розвитку для медичного персоналу ЦПМСД в країні та поза її межами (он-лайн консультації, стажування на робочому місці).

- Територіальна доступність.

- Компактна та ефективна структура мережі ПМД.

- Наявність кваліфікованих фахівців.

- Достатнє забезпечення комп'ютерною та офісною технікою.

- Наявність автотранспорту.

- Використання дистанційних технологій для надання медичної допомоги на відстані.

- Бажання розвиватись та застосовувати сучасні технології управління.
- Напрацьовані успішні комунікації з владою.
- Використання наставництва та інших форм поширення кращого досвіду.
- Впровадження МІС, мережу Інтернет.
- Великий відсоток підписаних декларацій між лікарями та пацієнтами.
- Відповідність технічної бази системи протипожежної безпеки вимогам законодавства.

Слабкі сторони:

- Знаходиться в орендованому приміщенні.
- Орендовані приміщення потребують капітального ремонту.
- Неоптимізований штатний розпис.
- Відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг.
- Недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій.
- Наявний великий відсоток (47 %) лікарів передпенсійного віку.
- Необхідно придбати низку рентгенівських та ЕКГ-апаратів, оскільки частина наявного обладнання вже не працює.
- Недостатні площі для прийому лікарів в деяких амбулаторіях.
- Недостатня якість послуг через слабку матеріально-технічну базу.
- Недосконала система прийому пацієнтів.
- Відсутність в ЦПМСД діагностичних відділень.
- Відсутність обслуговуючого персоналу для перевірок медичного обладнання.
- Надмірні енерговитрати через відсутність системи енергоаудиту та енергоменеджменту.
- Неенергоефективні приміщення ФАПів.
- Застарілі електромережі та інші інженерні комунікації.
- Меблі та обладнання кабінетів частково потребують модернізації.

- Відсутність ефективної інформаційної взаємодії між підрозділами Центру та лікарями другого рівня.

- Не всі фахівці володіють сучасним діагностичними та лікувальними методологіями.

Можливості:

- Можливість впровадження платних медичних послуг.

- Задовільне транспортне сполучення до ЦПМСД.

- Розширення підписання декларацій з громадянами.

- Активна позиція місцевої влади, зацікавленість та сприяння щодо розвитку

медицини

- Співпраця з приватними клініками.

- Низький рівень конкуренції районного ЦПМСД.

- Залучення донорських коштів, грантової допомоги.

- Залучення молодих медичних працівників після закінчення ВУЗу.

- Розвинута інфраструктура для молодих сімей (наявність дитячих садочків, шкіл, закладів позашкільної освіти, будинків культури).

- Участь медичних працівників у конференціях, тренінгах та інших заходах з підвищення кваліфікації за наявності достатнього фінансування.

- Наявність можливості вивчення позитивного українського та світового досвіду (країни Європи та інші міста України).

- Позитивне ставлення більшості населення до сімейних лікарів.

Загрози:

- Частина населення залишиться пасивна до вибору лікаря.

- Конкурентний ПМСД району, який функціонує більше 3 років.

- Конкуренція з боку приватних медичних установ.

- Недостатнє фінансування місцевих програм на охорону здоров'я.

- Ризик зміни курсу реформ в зв'язку з політичною та епідеміологічною ситуацією.

- Дорогоартісне впровадження інноваційних методів діагностики та лікування.

- Низький рівень культури здорового способу життя.
- Підвищення загального рівня захворюваності населення.
- Старіння населення, погіршення соціально-демографічних показників.
- Відсутність житла для молодих фахівців.
- Конкуренція сімейних лікарів з лікарями вторинної ланки.
- Недостатня кількість додаткових послуг, у першу чергу діагностичних.
- Недостатній рівень інфекційного захисту у закладах КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Проведений SWOT-аналіз діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» свідчить про стабільне функціонування закладу охорони здоров'я, що має чітко визначені пріоритети у веденні своєї діяльності, має окреслену стратегію розвитку, що орієнтована на довгострокову перспективу.

Джерелом додаткового доходу є розвиток нових видів діяльності, які пов'язані з впровадженням переліку платних послуг. У якості фактору, що стимулює ріст кількості пацієнтів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» використовує клієнтоорієнтований підхід, що полягає у якісному наданні медичних послуг, правильній діагностиці та комунікації із клієнтами, постійне оновлення матеріально-технічної бази для ефективної діагностики та підбору правильного протоколу лікування.

Стабільними факторами, які можуть призвести до реалізації загроз економічно-господарської діяльності підприємства залишається низький рівень культури здорового способу життя, частина населення так і залишиться пасивна до вибору лікаря, конкуренція з боку приватних медичних установ буде з кожним роком зростати, недостатнє фінансування місцевих програм на охорону здоров'я.

В підсумку SWOT-аналізу можна відзначити, що КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» має значну кількість сильних сторін, що дозволяють досягти основної цілі: зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі.

3.3 Розробка рекомендацій щодо удосконалення системи управління

Для удосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», зокрема напрямів, які були досліджені в 2 та 3 розділі дипломної роботи, необхідно:

- по-перше, зміцнення фінансової бази галузі охорони здоров'я;
- запровадити регіональний моніторинг громадського здоров'я, щоб гарантувати, що державні витрати є надійними та ефективними та ґрунтуються на потребах закладів охорони здоров'я на регіональному рівні;
- створити на основі наявного фінансування чіткий перелік державних гарантій медичних послуг з метою створення прозорого механізму фінансування охорони здоров'я;
- встановити механізм послідовного переходу до багатоканальної (багатопоточної) моделі бюджетного медичного страхування, що фінансується трьома основними джерелами: державним фінансуванням, обов'язковим та добровільним медичним страхуванням [56]. Для цього треба як слід підготувати нормативно-правову базу щодо запровадження лікарських засобів бюджетного страхування в Україні;
- запровадити розширене фінансування інноваційних механізмів фінансування охорони здоров'я (специфічні взаємозалежні та взаємопов'язані ресурси, терміни для досягнення цілей або цілей конкуренції у пріоритетних галузях розвитку галузі);

Удосконалити організаційно-правові механізми охорони здоров'я з метою раціонального використання бюджетного фінансування, особливо на підготовку медичного персоналу та реалізувати такі заходи:

- забезпечити створення публічного контракту на підготовку фахівців на основі пропозицій регіональних органів охорони здоров'я;
- створити механізми для моніторингу трирічного строку, встановленого новими експертами та компенсаційних механізмів у разі порушення;

– розробити механізми контрактних відносин між державними установами та відомчими закладами охорони здоров'я щодо раціонального використання своїх ресурсів для суспільства в цілому;

– для забезпечення підвищення якості медичної допомоги розробити нові та оновити існуючі медичні стандарти та клінічні протоколи догляду на основі доказів, одночасно контролюючи виконання НСЗУ, місцевих органів виконавчої влади, муніципалітетів та установ громадянського суспільства;

– запровадити для підвищення ефективності використання ресурсів НСЗУ, систему диференційованого стимулювання оплати праці та систему державних закупівель медичних послуг шляхом укладення угод між постачальниками медичних послуг (медичними установами, приватними лікарями) та платником-державними установами, пов'язаними з якістю та складністю медичної допомоги [57].

Висновки до третього розділу

Важливим етапом для управління ефективності роботи будь-якого підприємства є здійснення деталізованого моніторингу його діяльності, з метою підвищення оперативності та ефективності прийняття управлінських рішень, а також контролю найбільш значущих показників діяльності, які є цільовими для підприємства. В попередньому розділі дипломної роботи було здійснено детальний аналіз складових системи управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Складовими системи управління закладу охорони здоров'я є: зміни в фінансовому менеджменті, система роботи з персоналом та управління кадрами, управління якістю медичної допомоги, управління матеріальними ресурсами. Аналізування системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» проведено на основі системи показників, яка найбільш глибоко описує стан та ефективність роботи системи управління.

Побудова моделі вдосконалення системи управління закладу охорони здоров'я передбачає здійснення комплексного моніторингу його діяльності. Для цього визначено показники по кожній складовій системи показників та здійснено їх розрахунок.

Аналізуючи отримані значення показника віддаленості моделі вдосконалення системи управління від оптимального варіанту, можемо стверджувати, що досліджуваному підприємству необхідно шукати шляхи щодо покращення існуючого стану, оскільки ступінь віддаленості моделі перебуває в межах від 0,5 до 1 за два аналізовані роки.

Здійснено графічне представлення чотирьох модулів за отриманими середніми значеннями.

Таким чином, на підставі отриманих результатів оцінювання і вимірювання ефективності функціонування моделі, а також постановки процесів у діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», можемо рекомендувати керівництву закладу обов'язковий перегляд системи мотивації та управління персоналом компанії, що безпосередньо може покращити загальний рівень продуктивності праці, а також переглянути процеси, що стосуються управління якістю, оскільки цей напрям в системі управління отримав найменше значення.

З метою окреслення особливостей діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» проведено SWOT-аналіз. Проведений SWOT-аналіз діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» свідчить про стабільне функціонування закладу охорони здоров'я, що має чітко визначені пріоритети у веденні своєї діяльності, має окреслену стратегію розвитку, що орієнтована на довгострокову перспективу.

В підсумку дослідження, розроблено рекомендації для удосконалення системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

ВИСНОВКИ

В Україні одним із стратегічних напрямків реформування охорони здоров'я в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування, як вважають провідні фахівці в галузі організації охорони здоров'я, повинен бути пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах переважно родинної медицини. Цей напрям потребує державної підтримки і полягає в розширенні функцій лікаря первинної медико-санітарної допомоги і в відповідній реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги.

Для медичних закладів первинної ланки не передбачена медична субвенція з державного бюджету. Це означає, що ті комунальні заклади, які не уклали договір із Національною службою здоров'я на 2019 рік, фінансуються за рахунок інших бюджетних програм у порядку, встановленому законодавством, та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюється за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Так, на первинній ланці реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Заклад охорони здоров'я — це комунальне некомерційне підприємство, тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником фінансовий план — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів.

Головною метою створення Комунального некомерційного підприємства «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Старокостянтинівського району та уклало декларації з

лікарями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Стратегічними цілями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі. Завданнями КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є: забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем про-живання (перебування), попередження захворювань шляхом проведення вакцинації, виявлення онкологічних захворювань та туберкульозу на початкових стадіях.

Запровадження медичної реформи, окремі позиції якої не введені в дію і в теперішній час, тобто на момент написання диплому, вимагає принципових змін та доповнень в процес управління лікувальним закладом. Положення, які вже запроваджені та заплановані зміни розглянуті на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Здійснено глибокий аналіз кожної складової системи управління та зроблено висновок про позитивні зміни в роботі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» по більшості досліджуваних напрямів роботи, що свідчить про позитивну адаптацію досліджуваного підприємства до нових умов функціонування закладів охорони здоров'я. Попри те, залишилась низка проблем, з якими зіштовхнулося підприємство після початку дії реформи.

Важливим етапом для управління ефективності роботи будь-якого підприємства є здійснення деталізованого моніторингу його діяльності, з метою підвищення оперативності та ефективності прийняття управлінських рішень, а також контролю найбільш значущих показників діяльності, які є цільовими для підприємства. В попередньому розділі дипломної роботи було здійснено детальний аналіз складових системи управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Складовими системи управління закладу охорони здоров'я є: зміни в фінансовому менеджменті, система роботи з персоналом та управління кадрами, управління якістю медичної допомоги, управління матеріальними ресурсами. В результаті аналізу системи управління КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» виділено та розраховані основні показники, яка найбільш глибоко описують стан та ефективність роботи системи управління.

Побудова моделі вдосконалення системи управління закладу охорони здоров'я передбачає здійснення комплексного моніторингу його діяльності. Для цього визначено показники по кожній складовій системи показників та здійснено їх розрахунок.

Таким чином, на підставі отриманих результатів оцінювання і вимірювання ефективності функціонування моделі, а також постановки процесів у діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», можемо рекомендувати керівництву закладу обов'язковий перегляд системи мотивації та управління персоналом компанії, що безпосередньо може покращити загальний рівень продуктивності праці, а також переглянути процеси, що стосуються управління якістю, оскільки цей напрям в системі управління отримав найменше значення.

Проведений SWOT-аналіз діяльності КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» свідчить про стабільне функціонування закладу охорони здоров'я, що має чітко визначені пріоритети у веденні своєї діяльності, має окреслену стратегію розвитку, що орієнтована на довгострокову перспективу. Джерелом додаткового доходу є розвиток нових видів діяльності, які пов'язані з впровадженням переліку платних послуг. У якості фактору, що стимулює ріст кількості пацієнтів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» використовує клієнтоорієнтований підхід, що полягає у якісному наданні медичних послуг, правильній діагностиці та комунікації із клієнтами, постійне оновлення матеріально-технічної бази для ефективної діагностики та підбору правильного протоколу лікування.

Стабільними факторами, які можуть призвести до реалізації загроз економічно-господарської діяльності підприємства залишається низький рівень культури здорового способу життя, частина населення так і залишиться пасивна до вибору лікаря, конкуренція з боку приватних медичних установ буде з кожним роком зростати, недостатнє фінансування місцевих програм на охорону здоров'я.

В підсумку SWOT-аналізу можна відзначити, що КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» має значну кількість сильних сторін, що дозволяють досягти основної цілі: зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі.