

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ШПАЧЕНКА
Марія Михайлівна
Стратегічне планування діяльності закладу охорони здоров'я в умовах
організаційних змін

Strategic planning of health care activities in the context of organizational change

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота за освітнім рівнем «магістр»

Сухач магістратури за спеціальністю
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Шпаченко М.М. _____

Науковий керівник: д.е.н, професор

Желюк Т.Л. _____

Дипломну роботу допущено

до захисту

«__» _____ 2021р.

Зав. кафедри, д. е. н., професор

Шкільняк М. М.

(підпис)

ЗМІСТ

Вступ	3
РОЗДІЛ 1. « НАУКОВІ ЗАСАДИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»	6
1.1. Наукові засади стратегічного управління закладом охорони здоров'я	6
1.2. Методологічні засади стратегічного планування закладом охорони здоров'я.	10
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	24
2.1. Стратегічний моніторинг середовища закладу охорони здоров'я.	24
2.2. Оцінка стримуючих та стимулюючі чинників управління закладом охорони здоров'я.	35
2.3. Оцінка факторних обмежень та ризиків управління закладом охорони здоров'я.	40
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	52
3.1. Стратегія розвитку закладу охорони здоров'я.	52
3.2. Міжсекторна співпраця закладу охорони здоров'я в реалізації цілей стратегічного планування	58
Висновки до розділу 3	61
Висновки	63
Перелік використаних джерел	66

\

ВСТУП

Актуальність теми. Для конкурентного позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку необхідно ним управляти не лише в поточному періоді, але й з далекоглядною перспективою. Заклади охорони здоров'я мають знаходитися в векторах розвитку сфери охорони здоров'я громади, регіону, країни і реалізувати проектні та програмні розробки в рамках демаркованих на макрота мезоівнях завдань стратегічних документів.

Також потрібно враховувати екзогенні виклики зумовлені інтеграційними процесами, потребою адаптації до новітніх медичних практик, включення України у глобальні ланцюги створення сучасного медичного обладнання, враховувати і бути адаптивним щодо глобальних пандемій, при наданні медичних послуг необхідно опиратися та ендогенні виклики, зумовлені потребами населення країни та її регіонами, рівнем життя та його тривалістю.

Більше того стратегічне планування розвитку медичного закладу має бути невід'ємним елементом стратегії розвитку територіальної громади. Стратегічне планування розвитку охорони здоров'я громади як раз дозволяє закумуляувати міжсекторні зусилля в забезпеченні хороших показників якості та тривалості життя.

Наукові та практичні аспекти впровадження стратегічного планування на рівні закладів охорони здоров'я відображені в працях Т.Желюк, О. Крентовської, В. Лехан, М. Кравченко, А. Мельник, Н.Рингач, Т. Семигіної, М. Співака, М. Кухти, Д. Кирсанова, І.Парубчака, П. Шевчука і інших. Не применшуючи вагомості й значущості внеску названих вчених, зазначимо, що теоретичні й практичні аспекти формування і реалізації інструментарію стратегічного управління підприємствами сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи та децентралізації становлять особливий науковий інтерес і мають прикладне значення.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є оцінка діючого стану розвитку медичного закладу, верифікація векторів його стратегічного розвитку та інструментів їх досягнення.

Для досягнення поставленої мети окреслені такі завдання:

- обґрунтування суті стратегічного планування;
- оцінка інституційних засад інституційного супроводу стратегічного управління закладом охорони здоров'я;
- аналіз механізмів стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я;
- обґрунтувати підходів до вдосконалення методів стратегічного планування закладу охорони здоров'я;
- запропонувати

Об'єктом є процес стратегічного планування функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом організаційний механізм стратегічного планування закладом охорони здоров'я.

Методи дослідження. При виконанні дослідження використано системний підхід для виявлення місця стратегічного планування в управлінні медичним закладом, нормативний аналіз для виявлення підґрунтя для розробки стратегічних планів; методи стратегічного аналізу для інформаційно-аналітичного обґрунтування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я; експертний метод, метод порівняння, системного аналізу – використано при проведенні стратегічного аналізу ендегенного та екзгенного середовища КНП роботи закладу охорони.

Джерельну й емпіричну основу дослідження становлять законодавчі та нормативно-правові акти державних органів влади, які регулюють питання стратегічного управління закладами охорони здоров'я, статистичні матеріали, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, офіційні публікації органів законодавчої влади Європейського Союзу, комісій та органів ООН, ВООЗ.

Апробація. Основні результати дослідження апробовані у роботі Університетської науково-практичної конференції молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (25.11.21, ЗУНУ, Тернопіль; II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 28 травня 2021 року). [55, 56].

Структура та обсяг роботи. Випускна кваліфікаційна робота розміщена на 74 сторінках і включає три розділи, список використаних джерел із 81 позиції, 9 рисунків і 11 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

НАУКОВІ ЗАСАДИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Наукові засади стратегічного управління закладом охорони здоров'я

Виклики, які стоять сьогодні перед закладами охорони здоров'я, пов'язані як із реалізацією медичної реформи та створенням інноваційної системи адміністративного менеджменту, оптимізацією мережі закладів в зв'язку із децентралізацією, глобальною пандемією і пов'язаною із нею проблемою гострого дефіциту медичних кадрів, матеріально-технічних засобів, сучасного інфраструктурного супроводу актуалізують проблему створення адаптивної з позицій довгострокового розвитку системи управління медичним закладом. Таку систему можна створити шляхом імплементації в систему управління інструментів стратегічного управління. Якщо розглядати заклад охорони здоров'я через призму об'єкту стратегічного управління, то варто зауважити, що в поле зору потрапляють всі підсистеми функціонування закладу охорони здоров'я, зокрема, цільова, організаційна, ресурсна, функціональна, адміністративна, логістична, маркетингова (див. рис.1.1).



Рис.1.1. Медичний заклад як об'єкт стратегічного управління

Примітка: складено автором.

Кожна із цих підсистем має працювати в руслі забезпечення загальнонаціональних векторів її управління охороною здоров'я. Зокрема, це стосується використання потенціалу здоров'я, інноватизації методів та підходів до надання медичних послуг, посилення превентивної складової, використання валеологічного підходу в наданні медичних послуг.

Баєва О.В. характеризує специфіку медичного закладу через призму управлінського впливу виділяє такі види медичних послуг. Зокрема:

- 1) послуги, направлені на збереження продовжуваності життя, це в основному критичні стани, коли необхідно надати невідкладну допомогу, або коли мають місце невиліковні хвороби (паліативний стан), які супроводжують надто сильними больовими синдромом, чи частковою втратою життєво важливих функцій, або в силу похилого віку людина потребує сторонньої допомоги, щоб продовжувати жити;
- 2) медичні послуги, які направлені на одужання і повернення здоров'я. «Цей сегмент ринку здоров'я називають маркетинговим сегментом хвороб. Види медичних послуг у цьому сегменті розподіляються за напрямками: медичні послуги, спрямовані на лікування гострих і профілактика загострень хронічних захворювань; медичні послуги, спрямовані на недопущення переходу тимчасової втрати працездатності в стійку (інвалідність); медичні послуги із збереження і підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності» [2].

Власне сама система стратегічного управління є багаторівневою і реалізується в контексті нашого дослідження на різних рівнях: макроекономічному (планування індикаторів розвитку сфери охорони здоров'я в загальних показниках соціально-економічного розвитку національної економіки), макроструктурному (на рівні Міністерства охорони здоров'я), регіональному (на рівні Головних управлінь охорони здоров'я обласних та районних державних адміністрацій), муніципальному та локальному (медичні заклади).

Науковий базис для стратегічного управління установами та організаціями некомерційного сектору створюють класична школа, яка базується на адміністративному управлінні та централізованому плануванні і сучасна, в основі якої покладено кілька підходів – підхід участі, експертного консультування, конкурентного позиціонування. Якщо традиційні класичні підходи апелюють до вдосконалення систем внутріорганізаційного супроводу надання медичних послуг, то сучасні (М. Вебер, Ч. Бернард, Л. Урвік, А. Файоль й ін..) базуються на виробленні таких підходів, які б могли забезпечити успіх закладам охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Спільним для всіх теорій управління є те, що кожна з них запропонувала свій власний «рецепт» покращення управління. Проте кожен з них одночасно обмежений з точки зору вузького погляду на багатовимірність управління. Ці недоліки були подолані системним, ситуативним, процесним підходами.

1. Процесний підхід розглядає управління взаємопов'язаними діями (функціями управління), які реалізуються в такій послідовності: як ряд взаємодовнюваних функцій, управліських впливів.

2. Системний підхід розглядає і саму установу і процес управління нею взаємопов'язано.

3. Ситуаційний чи оперативний підхід передбачає використання інструментів менеджменту в залежності від ситуації.

При визначенні суттєвих детермінант стратегічного управління необхідно виходити з їх функціональної складової: стратегічного аналізу, стратегічного планування, організації, контролю та регулювання.

Науковою основою стратегічного управління є теорії, моделі, підходи, принципи, методи управління.

З позиції процесного підходу стратегічне управління є процесом реалізації певної сукупності управліських функцій – стратегічний моніторинг, прогнозування, визначення цілей, планування, програмування, організація, регулювання, мотивація, комунікація, контроль за досягненням встановлених цілей.

– при визначенні цілей можна іти від досягнутого рівня розвитку, від бажаного стану, використовувати еталонні моделі розвитку, опиратися на експертний підхід, ментальні карти жителів громад і їхнє бачення того, як мають функціонувати медичні заклади території;

– функція “планування” дозволяє передбачити значення основних показників з використанням різних підходів балансового, нормативного, програмно-цільового та економіко-математичних методів аналізу, моделювання ;

– функція “організації” це свого роду впорядкування певних етапів планування і визначення на кожному із них необхідних процедур, побудова алгоритму прийняття та реалізації управлінських рішень, які дозволяють досягнути передбачених в стратегічних планах документів;

– функція “мотивація” повинна обов’язково дозволяти підтримувати трудовий потенціал закладу охорони здоров’я через використання статусних та фінансових мотивів а також суспільного визнання професії медичного працівника;

– функція “контроль” дозволяє відслідкувати досягнення поставлених завдань, виявити причини відхилень; обов’язково від слідкувати витрати ресурсів, дотримання нормативів.

Відмінності у визначенні сутності стратегічного планування та споріднених із ним понять можна пояснити різною змістовною акцентуацією, в залежності від рівня, на який вони проектуються: на макроекономічному та макроструктурному рівнях стратегічне планування може зводитися до розробки стратегії, а на решті рівнів, як правило, розробляються стратегічні плани. Для усунення цих розбіжностей інтерпретувати дефініцію стратегічного планування слід у системі ієрархічних рівнів управління національним господарством.

На макроекономічному рівні ми верифікуємо вектори розвитку національної економіки в частині тих соціальних індикаторів, які відповідають за тривалість та якість життя, інвестиції в сферу охорони здоров’я. На галузевому рівні – визначають пріоритети структурної модернізації сфери

охорони здоров'я, регулювання ринку медичних послуг. На рівні конкретної установи – це повинен бути процес напрацювання механізмів, що підвищать конкурентні позиції закладу охорони здоров'я на ринку.

1.2. Методологічні засади стратегічного планування закладом охорони здоров'я

Методологія стратегічного планування передбачає побудову певного логічного алгоритму, послідовності дій для даного дослідження, визначення необхідних принципів, підходів, які необхідні для реалізації інструментів стратегічного планування на рівні конкретної установи.

Базовими є безумовно принципи системності, науковості, історичної логіки, загальнонаціональної векторності. До конкретних принципів слід віднести – принцип адаптивності відносно нових викликів; збалансованості за основними векторами розвитку: економічним, екологічним, соціальним; міжсекторної взаємодії та співпраці влади, бізнесу, громадськості через створення наглядових чи спостережних рад, бюджетування діяльності закладу охорони здоров'я, участі у державних та регіональних цільових програмах розвитку сфери охорони здоров'я тощо.

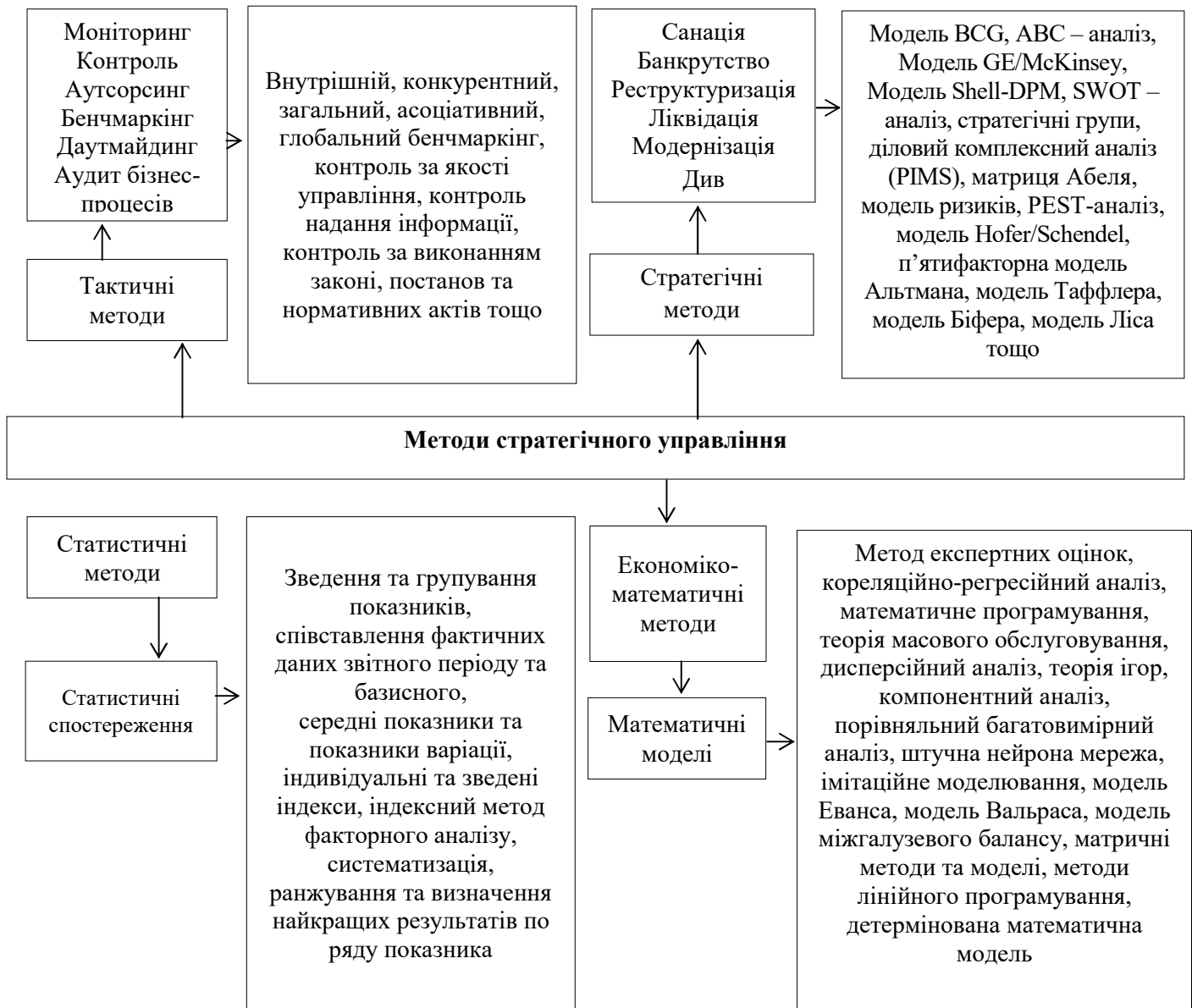


Рис.1.2. Методи стратегічного управління закладом охорони здоров'я

Примітка: складено автором з використанням [12].

Принцип безперервності стратегічного планування зводиться до того, що це ця функція в управлінні ЗОЗ має бути постійною: одні цілі досягнули, досягаємо інші, щоб працювати в заданих коридорах розвитку.

Принцип альтернативності чи багатоваріантності, коли розробляються різні моделі для різних умов і передбачають можливість їх використання відносно потреб ринку, нових викликів.

Принцип дотримання встановлених цілей. Бачення довгострокового розвитку медичного закладу мають пройти червоною лінією через візію, місію.

Для посилення методичного забезпечення антикризового управління регіональним розвитком пропонуємо використовувати моделі стратегічного аналізу та прогнозування, які структуровані внутрішньо, орієнтовані на потенціал регіону як складову конкурентоспроможності та зовнішнього, що визначатиме рейтинг у рейтингу. конкурентне середовище та довгостроковий розвиток (табл. 1.1).

Для підвищення ефективності процесів планування використовують різні методи, які можна представити такою класифікацією:

«1) методи ініціювання розробки стратегічного плану та створення робочої групи: переконання, аналогії, адміністративний метод;

2) методи базової оцінки вихідних передумов планування: спостереження, маркетингові та соціологічні опитування; методи економічного аналізу, екстраполяції, аналітичного методу;

3) методи визначення стратегічного бачення:

4) методи формулювання місії: методи колективної генерації ідей, «Дельфі», «комісії»;

5) методи стратегічного аналізу: аналітичний метод; метод колективної генерації ідей, «Дельфі», «комісії»; методи моделювання; методи SWOT-, ABC-аналізу;

6) методи моделювання сценаріїв імовірнісних подій: метод написання сценаріїв, системного аналізу, імітаційного, економіко-статистичного, матричного моделювання;

7) методи формування альтернативних стратегій: системний аналіз, колективні експертні оцінки;

8) методи вибору базової стратегії та визначення цілей і завдань: метод колективної генерації ідей, SMART-метод;

9) методи формування проекту стратегічного плану: системний аналіз, сіткове моделювання;

10) методи затвердження проекту стратегічного плану: адміністративний метод» [50].

Таблиця 1.1

Характеристика моделей стратегічного аналізу для управління медичним закладом за багатокритеріальною ознакою

№ п/п	Назва моделей	Орієнтація моделі на середовище		Стратегічні напрямки розвитку										Рівні рішення завдань		
		зовнішнє	внутрішнє	конкурентний	інноваційний	ресурсний	виробничий	товарний	асортиментний	загальний	інвестиційний	комплексний	маркетинговий	первинний	ринковий	галузевий
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Модель BCG	+	+						+						+	
2	ABC - аналіз		+			+			+						+	
3	Модель GE/McKinsey	+									+				+	
4	Модель SPACE	+	+	+					+						+	
5	SWOT – аналіз	+	+	+					+	+				+		
6	Модель Shell-DPM	+	+	+												+
7	Модель ADL/LC	+		+				+							+	
8	Стратегічні групи	+		+												+
9	Модель п'яти сил М. Потера	+		+												+
10	Матриця Ансоффа	+	+	+											+	
11	Концепція життєвого циклу	+	+					+						+		
12	Аналіз ланцюга цінностей	+	+	+			+								+	
13	Діловий комплексний аналіз (PIMS)	+	+									+			+	
14	Модель Hofer/Schendel	+		+											+	
15	Матриця Абеля	+			+										+	
16	PEST-аналіз	+								+					+	
17	Модель «Дерево цілей»		+	+										+		
18	Модель ризиків	+			+						+		+		+	
19	Модель МакДональд	+	+										+		+	

Примітка: складено автором з використанням [3,12, 22, 50, 53].

«SWOT-аналіз як одна із найбільш поширених технік стратегічного аналізу у світі часто застосовується у вітчизняній практиці стратегічного планування. Однак при обробці його результатів переважає використання інтуїтивних методів та недостатньо використовується економіко-математичний апарат, що, у свою чергу, знижує об'єктивність вибору стратегічних напрямів розвитку» [58].

Використання окремо чи поєднання методів стратегічного планування дозволяє максимально реалістично оцінити стан внутрішнього та зовнішнього середовища ЗОЗ, спроектувати його можливе майбутнє за різними сценаріями, побудувати максимально структуроване дерево цілей та цілереалізуючих систем. Важливо вдало застосовувати методи для кожного етапу стратегічного планування. Наприклад SMART метод важливий саме на етапі постановки цілей і для закладу охорони здоров'я він дозволяє витримати правила конкретності, досяжності, вимірності, терміновості, а головне, щоб та ціль була актуальною для закладу охорони здоров'я.

Походження поняття «стратегічне планування» дозволяє розглядати його суть з позицій стратегічності (важливості), а не довгостроковості, оскільки вдало реалізована стратегія може навіть у короткий проміжок часу сприяти якісним перетворенням та привести до досягнення успіху.

Для забезпечення дієвості стратегій та стратегічних планів суб'єктам стратегічного планування необхідно враховувати стадію життєвого циклу, на якій перебуває плановий процес. Адаптація класичної моделі «життєвого циклу» до стратегічного планування дозволяє сформулювати концепцію життєвого циклу стратегічного планування у наступній інтерпретації.

«Процес стратегічного планування у своєму розвитку проходить певні етапи, які умовно можуть бути згруповані у стадії: I – зародження (ініціювання розробки стратегічного плану та створення робочої групи, базова оцінка стартових передумов та об'єкта планування); II – фундаменталізація (визначення стратегічного бачення; формулювання місії); III – розроблення (стратегічний аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища; моделювання сценаріїв імовірнісних подій; формулювання альтернативних стратегій; вибір базової стратегії та визначення цілей і завдань для їх досягнення); IV – виведення у зовнішнє середовище (формування проекту стратегічного плану; затвердження проекту стратегічного плану та прийняття рішення про його реалізацію); V – перехід у процес керування впровадженням» [25, 26].

Раціоналізація організації стратегічного планування здійснюється за певним алгоритмом (рис.1.3) і потребує, насамперед, проведення оцінок стану розробленості стратегічних планів чи стратегій, визначення стадії, на якій перебуває плановий процес, із тим, щоб формування напрямів удосконалення цього процесу або документа здійснювалось на основі отриманих здобутків у плануванні, що передували прийняттю рішення щодо раціоналізації.

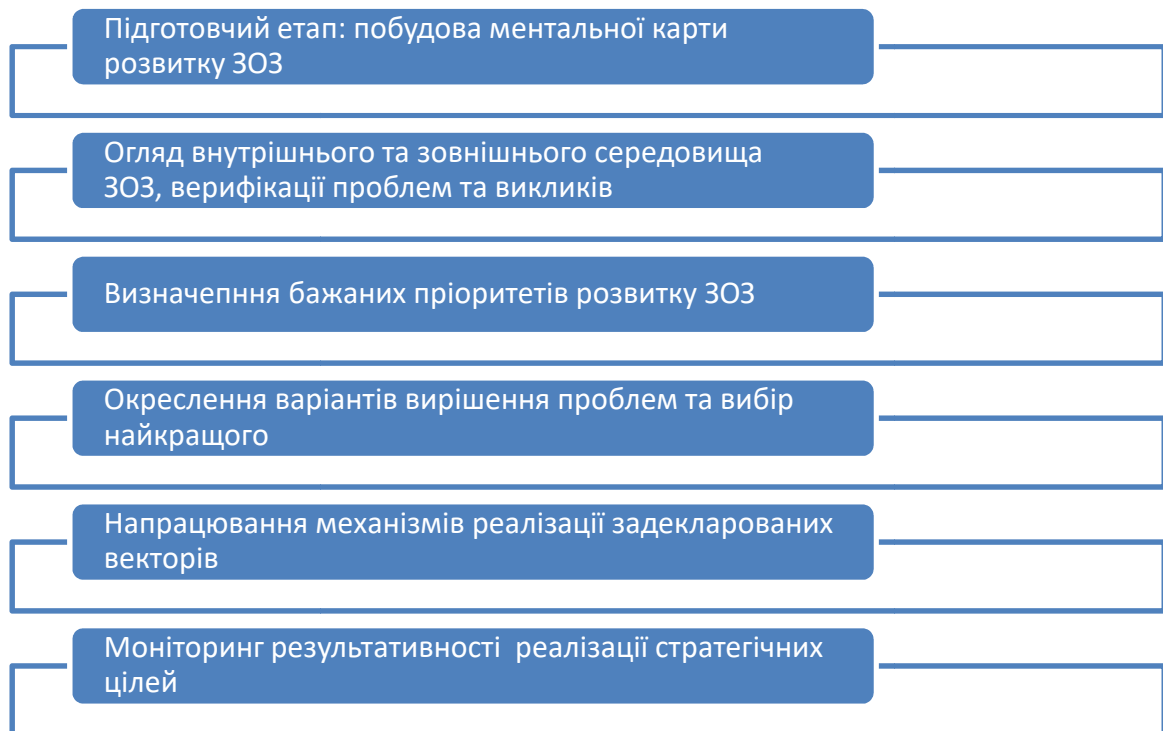


Рис.1.3. Алгоритм стратегічного планування ЗОЗ

Примітка: побудовано автором.

В умовах швидкозмінності управлінських команд у вітчизняній практиці управління національним господарством процеси стратегічного планування на макро- й мезорівнях, як правило, не встигають пройти усі етапи свого життєвого циклу. Нова влада, формуючи економічну політику, починає також будувати процес стратегічного планування, починаючи від першої стадії (зародження). Водночас, посадовим особам слід, насамперед, оцінити ефективність процесу, що вже перебуває на певній стадії розвитку, визначити його недоліки. Так, відповідно до запропонованої концепції життєвого циклу, у рамках раціоналізації вітчизняної системи стратегічного планування на сучасному етапі, формування стратегій макроструктурного, регіонального,

локального, мікроекономічного рівнів (з питань, по яких ще не розроблялись стратегії) й стратегічних планів розвитку адміністративних районів, селищ і сільських поселень необхідно розпочинати зі стадії зародження. Водночас, наявні стратегічні плани програми на рівні регіонів та міст потребують певної оцінки (за критеріями наявності передумов для ефективної реалізації, а для низки документів – за індикаторами обґрунтованості змісту з позицій розвитку сфери охорони здоров'я регіону). У разі, якщо попередній стратегічний документ укладений на партнерських засадах та відповідає високій оцінці за основними критеріями ефективності, процес планування недоцільно переривати (за винятком настання непередбачуваних змін, що унеможливають ефективну реалізацію обраної стратегії), а лише необхідно внести деякі корективи та переходити до четвертої стадії (виведення у зовнішнє середовище); якщо документ потребує уточнень, але стратегічне бачення й місія відображають очікування громадськості, то оновлений процес слід розпочинати вже не з першої, а з третьої стадії (розроблення). І тільки у випадку, коли, спільно з громадськістю та експертами, виявлено неможливість реалізації проекту чи плану, визначено суттєві недоліки щодо побудови планового процесу, процес стратегічного планування слід починати із першої стадії (зародження).

Використання запропонованої концепції життєвого циклу стратегічного планування на практиці, на основі якої переглядаються кінцеві та очікувані результати планування, сприятиме раціоналізації планового процесу та підвищить рівень досягнення поставлених цілей у функціонування медичного закладу в регіоні.

Невпорядкованість організаційно-методичного супроводу стратегічного планування медичних закладів тісно переплітається із проблемою неефективного застосування організаційних підходів щодо побудови процесів стратегічного планування на різних ієрархічних щаблях, та призводить до блокування реалізації технологій стратегічного планування у системі як внутріорганізаційного так і регіонального управління.

Формування у країні та регіонах системи стратегічного планування, яка б відрізнялась від існуючих на сьогодні відокремлених процесів на різних ієрархічних щаблях, потребує побудови цілісної організаційної структури стратегічного планування, яка може мати проблемно-орієнтований характер побудови або лінійно-штабний, що дасть змогу взаємоузгодити управлінські рішення керівників КНП і публічних владних інститутів, врахувати результати роботи експертних робочих груп в частині забезпечення якісного надання медичних послуг.

Поєднання у цілісну систему відокремлених процесів стратегічного планування можна за допомогою індикаторів комплексного стратегічного аналізу (табл. 1.2) та їх застосування у практичній діяльності виступатиме передумовою формування взаємоузгоджених стратегій різних ієрархічних рівнів.

Таблиця 1.2

**Групування індикаторів комплексного стратегічного аналізу
у системі стратегічного планування**

Рівні	Чинники	Індикатори
1	2	3
Макрорівень	Внутрішнє середовище	
	Трудоресурсний потенціал	Кількість трудових ресурсів, осіб; частка економічно активного населення, %.
	Матеріальні, технологічні та інноваційні ресурси	Структура доходів та видатків державного бюджету, % від ВВП. Наявність основних виробничих фондів: абсолютний обсяг, відносний темп зростання, структура. Кількість інноваційно активних підприємств, структура інновацій у національній економіці.
	Науковий потенціал	Структура населення за рівнем освіти, %; кількість наукових та науково-дослідних установ у динаміці останніх 5 років, одиниць; рівень забезпеченості науковими кадрами на одиницю населення країни, %. Питома вага наукових кадрів зайнятих в сфері медичних наукових досліджень.
	Політичні чинники	Кількість позачергових виборів, динаміка зміни управлінських команд на макрорівні.
	Економічні чинники	Рівень ВВП, обсяги: виробництва, споживання, внутрішніх та іноземних інвестицій: млн. грн., динаміка показників за останні 10 років, темпи приросту, %.
	Соціальні чинники	Обсяги доходів населення, абсолютний та відносний темпи приросту за останні 5-10 років; структура витрат, %; частка ВВП на душу населення, %; обсяги номінальної та реальної заробітної плати, приріст у динаміці останніх 5-

		10 років; частка витрат на товари продовольчої групи у структурі витрат населення, %; частка заощаджень у структурі витрат населення, %. Забезпеченість закладами соціальної інфраструктури на одного жителя, одиниць. Якість отриманих соціальних та медичних послуг.
	Адміністративно-територіальний устрій	Структура адміністративно-територіальних одиниць, зміни за останні 10 років.
	Екологічні чинники	Рівень радіаційного забруднення навколишнього середовища, атмосферного повітря, земельних ресурсів. Рівень забруднення навколишнього природного середовища викидами промисловості. Наявність підприємств з переробки сміття, од. Кількість несанкціонованих сміттєзвалищ, од.

Продовження таблиці 1.1

1	2	3
Рівні	Чинники	Індикатори
	Ринкова інфраструктура	Забезпеченість об'єктами ринкової інфраструктури, од.; частка від загальнодержавного показника, %
	Розвиток ринку медичних послуг	Сегментація ринку споживачів медичних послуг
	Розвиток ринку медичних засобів	
	Зовнішнє середовище	
	Глобальне середовище	Світові ринкові тенденції, політична ситуація у світі. Абсолютний та відносний приріст кількості іноземних інвесторів. Кількість міжнародних партнерів, укладення важливих міждержавних угод у сфері медицини. Міжнародні організації, інші чинники, що діють у міждержавному та світовому просторі. Міграція лікарів.
Макро-структурний	Внутрішнє середовище	
	Науково-технічний, інноваційний, економічний потенціал	Наявність у медичній галузі основних виробничих фондів: абсолютний обсяг, відносний темп зростання, структура. Коефіцієнт комерціалізації інновацій медичними закладами.
	Наявність конкурентних переваг	Наявність продукту (послуги), що забезпечує конкурентні позиції галузі на внутрішньому та зовнішньому ринках, результати фінансово-господарської діяльності.
	Зовнішнє середовище	
	Конкурентне середовище, що впливає на розвиток медичного сектора, галузі.	Оцінка об'єму виробничих потужностей кожного лікувально-профілактичного закладу в частці сукупного ринку медичних послуг. Високим ступінь концентрації лікувальних закладів є тоді в регіоні <i>коли сумарна частка чотирьох-восьми лікувально-профілактичних закладів складає не нижча 60 % загального об'єму потреб у медичних послугах.</i>
Мезорівень	Внутрішнє середовище	

Економіко-географічне положення	Наявність переваг щодо вигідного розташування відносно транспортної мережі, прикордонних територій, міждержавних шляхів сполучення.
Адміністративно-територіальний устрій	радіус надання соціальних послуг на території адміністративно-територіальної одиниці.
Соціально-економічний розвиток області	Валовий регіональний продукт, частка доходів населення регіону у загальнодержавній структурі доходів, %. Середньомісячна заробітна плата працівника: грн., частка відносно середнього значення показника по країні.
Екологічна ситуація	Стан радіаційного та промислового забруднення адміністративно-територіальної одиниці

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
Рівні	Чинники	Індикатори
	Інноваційний потенціал	Частка інновацій у регіоні (адміністративному районі, місті, селищі, селі) відносно загальнодержавного показника, %. Структура інноваційно активних, відношення їх кількості до загальнодержавного показника.
	<i>Зовнішнє середовище</i>	Зовнішньоекономічні зв'язки, стабільність законодавчої бази, необхідність дотримання бюрократичних процедур
		Економіко-правове середовище
	Політичне середовище	Стабільність політичного середовища, рівень взаємодії між органами державної влади, місцевого самоврядування, медичними закладами підприємницьким сектором та громадськістю щодо вирішення ключових регіональних проблем з охорони здоров'я.
Мікрорівень	Соціально-культурне середовище	Рівень добробуту населення, межа бідності, індекс людського розвитку, рівень соціальної напруги в суспільстві.
	Науково-технологічне середовище	Рівень розвитку НТП
	<i>Внутрішнє середовище</i>	
	Організаційна структура та кадровий потенціал	
	Виробнича, маркетингова, інноваційна діяльність	Обсяг наданих медичних послуг. Наявність маркетингових служб, рівень здійснення маркетингових досліджень на ринку медичних послуг та лікарських засобів.
	Фінансово-економічна діяльність КНП	Показники стану фінансової звітності підприємства.
	<i>Зовнішнє середовище</i>	
	Конкурентне середовище галузі	
	Економіко-правові фактори	Вплив загальноекономічної ситуації по країні в цілому та світових тенденцій на розвиток підприємства. Досконалість законодавчої та нормативно-правової бази.

	Політичні фактори	Вплив політичних чинників на стабільність законодавства, його удосконалення
	Науково-технічні та технологічні фактори	Розвиток НТП та його вплив на діяльність КНП, рівень впровадження інновацій.

Примітка: складено автором з використанням [20, 21].

Формування та реалізація стратегічного планування потребує достатньої інформаційної бази даних. Це означає, що управлінський персонал лікарні, задіяний до розробки стратегії, повинен максимально вдало використати маркетингові технології для отримання необхідної інформації про усі контактні аудиторії. Збір інформації можна представити у вигляді таких етапів.

Етап 1. Зібрати інформацію про місцевий ринок послуг з охорони здоров'я.

Тут необхідно визначити можливості ЗОЗ спочатку існування і співвіднести його з іншим ринком, на якому, так чи інакше, доведеться працювати. Сюди відноситься і аналіз максимальної прохідності пацієнтів та якості сервісу. Необхідно спрогнозувати те, як розвиватиметься медицина в більш-менш доступний для огляду період.

Етап 2. Вивчити цільову аудиторію. На цьому етапі необхідно проаналізувати поведінку пацієнтів у місцевості, де розташований ЗОЗ. Тут важливо виявити чинники, які спонукають жителів звертатися до конкурентів чи відмовлятися від своїх послуг. Потрібно розуміти, чому одна група пацієнтів вважає за краще йти до ворожок та фахівців нетрадиційної медицини, а інша систематично їде на прийом до клініки, яка знаходиться у важкодоступному місті.

Етап 3. Провести аналіз попиту на конкретні медичні послуги. Вивчати поведінку споживачів бажано в динаміці за останні кілька років чи інший відрізок часу. Це дасть розгорнуту картину і допоможе точніше визначити, наскільки розвинена медицина в цілому, і знайти фактори, що впливають на попит.

Етап 4. Аналіз прямих конкурентів ЗОЗ за показниками: розмір коштів, що витрачаються медичною установою на надання послуг та їх вартість, склад пацієнтів, обрана стратегія маркетингу, переваги конкурентів перед досліджуваним ЗОЗ, знижки, що надаються клієнтам, фінансове становище організації. Це з найважливіших елементів, у тому числі складається маркетинг.

Етап 5. Підбір рекламних каналів. Просунути медичний бренд допомагають не лише телебачення, радіо, друковані ЗМІ, а й соціальні мережі, месенджери, різноманітні агрегатори. Тому тут простір для уяви величезний, як ніколи. Залишається лише знайти спосіб позиціонувати свій медичний бренд та підібрати під нього відповідні канали.

Отже, ефективне формування системи стратегічного планування розвитку закладу охорони здоров'я потребує створення чітких та прозорих умов і правил: удосконалення нормативно-правового та законодавчого забезпечення; раціоналізації організаційної структури закладу в частині створення економічного департаменту, що займатиметься питаннями стратегічного планування, розробкою та реалізацією інвестиційних та інноваційних проєктів, питаннями грантрайтингу, конкурентного позиціонування закладу на ринку медичних послуг, міжсекторних комунікацій; покращення розподілу функцій і повноважень між структурними ланками закладу охорони здоров'я в її реалізації; налагодження партнерських засад між представниками влади, бізнесу й громадськості; усунення недоліків інформаційного обміну; створення сприятливих передумов для залучення коштів меценатів, зовнішніх та внутрішніх інвесторів для модернізації матеріально-технічного забезпечення медичного закладу.

Дієздатною система стратегічного планування буде тоді, коли будуть чітко розподілені функціональні обов'язки між членами експертної групи, матимуть місце удосконалення нормативно-правового забезпечення; налагодження партнерських відносин між владою, бізнесом та громадськістю; усунення

недоліків обміну інформацією; створення сприятливих умов для залучення бізнесу до реалізації стратегічних цілей установи.

Особливістю стратегічного управління в сфері охорони здоров'я є той факт, що стратегічні плани, які розробляються, є дуже часто придатними для ідеальної ситуації, проте дійсність може бути іншою, тому кожна стратегія має мати кілька варіантів і бути певною мірою адаптивною. Необхідним є обґрунтування та розробка щонайменше трьох сценаріїв для всіх видів діяльності («базового», «песимістичного» та «оптимістичного») з урахуванням підходів до управління ризиками, що може стати запорукою вдосконалення процесу стратегічного управління в охороні здоров'я.

Висновки до розділу 1

Дослідження теоретичних детермінант стратегічного управління закладами охорони здоров'я показало, що воно є необхідним в умовах посилення викликів ендогенного та екзогенного характеру, охоплювати всі підсистеми функціональної діяльності закладу охорони здоров'я (цільову, організаційну, ресурсну, функціональну, адміністративну, логістичну, маркетингову), в своїй основі мати людиноцентричний підхід.

Стратегічне управління реалізується через стратегічне планування, яке поєднує чотири основні види управлінської діяльності: управління використанням ресурсів організації, адаптація організації до зовнішнього середовища, внутрішня координація управління, стратегічне передбачення розвитку організації.

Стратегічне планування ЗОЗ може базуватися на експертному підході або підході участі владних інститутів, громадськості, зацікавлених осіб, працівників медичного закладу. В основі стратегічного планування необхідно покласти концепцію стратегічного маркетингу, який в процесі стратегічного планування сприятиме конкурентному позиціонуванню і просуванню закладу охорони здоров'я як цілісного бренду; просування конкретних медичних послуг; медичних фахівців (досвіду, дотримання етичних принципів,

охайності, порядності, володіння інноваційними методиками лікування); просування місця, унікальних умов, де надаються медичні послуг; просування інноваційних методик лікування, розроблених фахівцями клініки. Кожен із цих підходів до стратегічного планування має бути адаптований під потреби цільової групи споживачів. Для виявлення цільової аудиторії і її намірів, бажань необхідна потужна аналітична база, яку в умовах цифровізації варто збирати з використанням: соціологічних опитувань в соціальних мережах, месенджерів з використанням WhatsApp, Viber, Telegram та Skype, парсингу у соціальних мережах, сегментування трафіку із сайту, мобільних додатків, гаджетів, телемедицини.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Стратегічний моніторинг середовища закладу охорони здоров'я

Відправним елементом стратегічного управління є стратегічний моніторинг ендегенного та екзогенного середовища закладу охорони здоров'я. Екзогенне середовище для закладу охорони здоров'я, в нашому випадку комунального некомерційного підприємства «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області, створюють:

ринок медичних послуг регіону, на якому працює досліджуване КНП. Його створюють, лікарні, поліклініки, амбулаторії, фізичні особи-підприємці, що надають медичні послуги, 23 центри первинної медико-санітарної допомоги Хмельницької області (табл.2.1) тощо.

Таблиця 2.1

Мережа закладів охорони здоров'я Хмельницької області

Тип закладу	Кількість на 31.12.2020 р.	
	2015 рік	2020 рік
Кількість закладів охорони здоров'я, Всього	97	102
Кількість ліжок в стаціонарах	10465	9615
Лікарняні заклади	41	42
Самостійні амбулаторно поліклінічні заклади	27	29
з них: - міські поліклініки	5	5
- міські дитячі поліклініки	1	1
Районні (селищні) Центри П М С Д	20	23
в тому числі міські лікарські амбулаторії - відокремлені (в смт і райцентрах)	19	20
міські лікарські амбулаторії (сімейні) - на базі Центрів ПМСД	28	29
сільські лікарські амбулаторії (в т.ч. сімейні)	143/140	151/149
ФАПи (ФП)	897	887
Міські Центри П М С Д	1	1
в т.ч. міські лікарські амбулаторії відокремлені	18	18
Стоматологічні поліклініки	3	3
Інші заклади	13	13

Примітка: побудовано за інформацією управління охорони здоров'я Хмельницької ОДА [5].

законодавча регулятивна база та політичне середовище, що визначають базис для функціонування КНП. У своїй діяльності підприємство керується діючими нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність сфери охорони здоров'я. оскільки КНП знаходиться в підпорядкуванні Красилівської міської ради, то її розпорядженнями також;

публічні інститути, які здійснюють управління КНП (підприємство створене на базі майна спільної власності населених пунктів, що знаходиться в управлінні Красилівської міської ради Хмельницької області і є її підпорядкованим. Відповідно до Статуту «підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку») [46];

технології і наукові дослідження, які проходять у сфері охорони здоров'я і створюють підґрунтя для інноватизації та модернізації функціональної діяльності;

культура та ментальні традиції, які характеризують свідомість і бажання людини підтримувати здорову модель життя, використовувати інструментарій медичного страхування;

економічне середовище, яке створює передусім фінансовий базис для підтримки закладів охорони здоров'я. Це суб'єкти господарювання, які співпрацюють з досліджуваним закладом, поставляючи йому ліки та медичне обладнання, виконують договори підряду під час ремонту приміщень, орендують приміщення в досліджуваному КНП (аптека, кафе);

соціальне середовище, що характеризує рівень життя населення та його здатність інвестувати у потенціал власного здоров'я; освітні заклади та заклади післядипломної освіти, що забезпечують професіоналізації медичних працівників; громадські організації та об'єднання, які через спостережну раду в досліджуваному КНП можуть контролювати якість надання медичної допомоги;

Ринок зазвичай складається з покупців, які відрізняються за певними ознаками, уподобаннями та потребами. Найпоширенішими ознаками сегментації ринку є:

географічна (спеціалізована медична допомога, що стосується кількох регіонів чи країни загалом). Згідно з умовами Статуту досліджуване КНП «створене для надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає на території міста, селища та сіл Красилівської ОТГ, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я» [46];

соціально-демографічна (поділ ринку за статевими та віковими ознаками, родом занять, рівнем освіти). «Красилівська ТГ об'єднує 7 старостинських округів, 14 сіл, 653 господарства з населенням 2416 чол. В основному за віком середній вік жителів складає 43-47 років. Навантаження особами у віці 65 років і старше складає 265 осіб. Перспективи створення молодих сімей є невиткою, бо кількість зареєстрованих шлюбів на 1000 жителів складає 4. Природній приріст складає -14,4. Має тенденція міграції молоді, що призведе в подальшому до погіршення демографічної ситуації та до дефіциту висококваліфікованих кадрів в громаді» [48];

економічна (поділ споживачів на групи залежно від рівня доходів). «Кількість економічно активного (зайнятого) населення у 2020 р. склала 13 848 осіб, кількість працюючих підприємців і їх найманих працівників – 6 103 особи. Середньомісячна номінальна заробітна плата штатних працівників склала 7828,13 грн. На обліку в центрі зайнятості перебувало у 2020 році 1 014 безробітних осіб, проти 792 в 2018 році, що є негативною тенденцією, бо зменшує платоспроможність населення» [48];

психологічна (поділ споживачів на групи за типом особистості, характером життя, турботою про стан здоров'я), а також залежно від частоти звернень за наданням послуг. «Культурне середовище громади існує завдяки численним взаєминам. Чим ширша й різноманітніша соціальна структура

громади, чим більше в ній різних культурних організацій, тим інтенсивніший розвиток духовного життя. Але цей зв'язок не є лінійним. Завжди є частина населення, що не відвідує культурні заклади. У цьому якраз і полягає протиріччя між речовими та людськими елементами культурного середовища. Культурне життя громади характеризується бурхливим сплеском» [48]. Щодо ментальності в питаннях медичної культури, то слід сказати, що частота звернень громадян в досліджуваний КНП залежить від ідеї популяризації здорового способу життя в громаді, наявності басейну, спортивних майданчиків, тренажерних залів, проведення просвітницької кампанія з метою пропаганди здорового способу життя серед жителів громади, підвищення рівня санітарної культури населення та популяризація здорового способу життя, розробки програм реабілітації відповідних категорій населення громади, залучення жителів громади до масових видів спорту.

Використання маркетингових досліджень особливо актуальна при реформуванні галузі в умовах децентралізації, цифровізації глобальних пандемічних викликів, наявних ресурсних обмежень, передусім фінансових.

Аналізуючи зовнішнє середовище, слід зауважити, що в основу надання послуг КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області покладено інклюзивний, людино центричний шляхом дотримання програми державних медичних гарантій;

«управління якістю медичної допомоги, що базуються на галузевих стандартах і механізмах контролю їх дотримання; належну доступність лікарських засобів; своєчасне реагування на проблеми галузі завдяки інформатизації; забезпечення профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам лікування громадян з опорою на доказові дані, кращий національний і світовий досвід та ефективно

інформаційно-комунікаційне забезпечення, а також своєчасної, доступної та якісної медичної допомоги» [48].

В питаннях виконання функцій важлива співпраця з владними інститутами в частині виконання завдань Стратегії розвитку Красилівської міської територіальної громади щодо створення доступної медицини за рахунок: реконструкції і оснащення сучасним обладнанням та зручними умовами праці, сучасними медичними палатами для пацієнтів ; вдосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників, стимулювання медичних працівників для роботи в сільській місцевості [47].

Оцінюючи зовнішнє середовище потрібно також оцінювати думку громадського сектору, який через спостережні ради, клініку приязної до молоді медицини, індивідуальні оцінки якості медичних послуг можуть впливати на результативність роботи КНП.

Проаналізуємо внутрішнє маркетингове середовище, яке створюють: функціональна та організаційна структура, кадровий склад, підсистеми матеріально-технічного супроводу. Функції КНП умовно можна структурувати на первинну медичну допомогу, превентивні послуги, консультативну та діагностичну функції, функції комунікативного супроводу та між секторної взаємодії (рис.3.1).

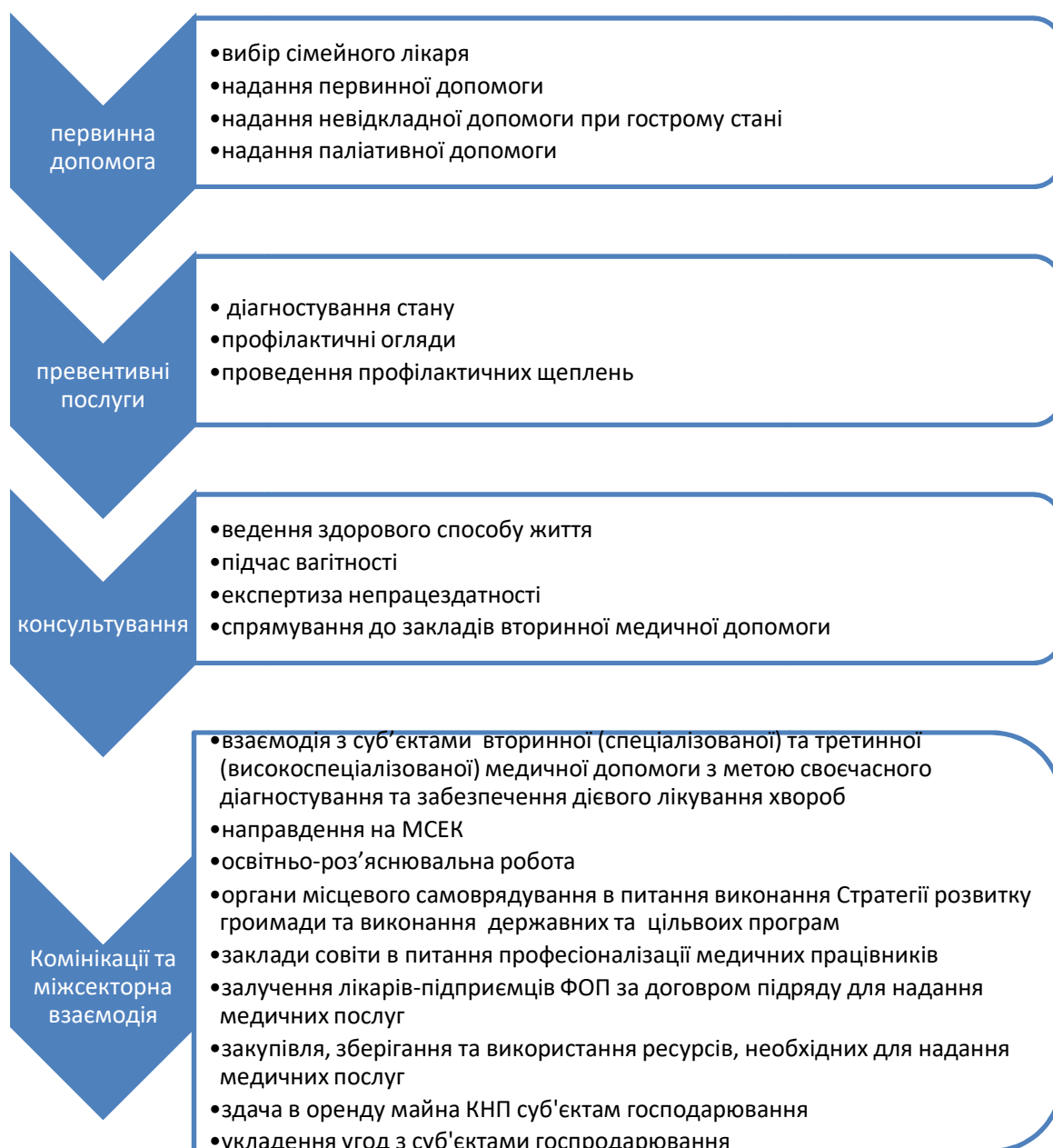


Рис.2.1. Оцінка функціональної діяльності КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області.

Примітка: побудовано автором на сонові статуту КНП.

В КНП наявні ліцензія (від 04.10.2018, №1813 наказ МОЗ) на медичну практику та придбання, зберігання, перевезення, знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів, підтверджена перша акредитаційна категорія (25.10.2019р.).

Цілодобовою екстреною і невідкладною допомогою забезпечуються мешканці міста та району по наступним спеціальностям: хірургія, акушерство і гінекологія, травматологія, офтальмологія, неврологія, отоларингологія, педіатрія, терапія, кардіологія (табл.2.2)

Таблиця 2.2

Категорія споживачів медичних послуг КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області

НАСЕЛЕННЯ		
Категорії споживачів медичних послуг	2019 рік	2020 рік
Всього на території обслуговування, з них	50204	49404
- дитячого віком 0 – 17 років життя, у т. ч.	9627	9391
- 0 – 1 року	467	418
- 0 – 14 років	8156	7977
- 15 – 17 років	1471	1414
- сільського: абс. число – % від всього	29254- 58,3%	28618 – 57,9%
- жіночого населення: абс. число – % від всього	26778 – 53,3%	26331 – 53,29%
- жінок фертильного віку: абс. число – % від жіночого	10490 – 39,2%	10206 – 38,8%
Укладено декларацій: абс. число – % від прикріпленого, у т. ч.	41149-82%	42914 – 86,9%
- дитячого населення: абс. число – % від дитячого		8742 –93,1%
- сільського населення: абс. число – % від сільського		23369 – 81,6%
- міського населення: абс. число – % від міського		19545 – 94%
Середня кількість населення (абс. число) на 1 лікаря		1342
- сімейного	1553	1442
- терапевта	2192	2181
- педіатра	635	557

Примітка: складено на сонові інформації КНП [5].

До складу КНП входять 54 ФАПи, кожен з яких обслуговує 300 жителів громади, 10 амбулаторій, 9 медичних пунктів (табл.2.3).

Таблиця 2.3

КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області

СТРУКТУРА ЦЕНТРУ		
Структура	2019 рік	2020 рік
Амбулаторій ЗПСМ: абс. число – на 10 тис. нас.	12	13 -2,64%
у т. ч. на основній базі	3	3
З них амбулаторій у сільській місцевості – абс. число	9	10
ФАПів: абс. число, з них обслуговують	55	54
- до 300 / у т. ч. до 200 жителів	25/10	24/10
- понад 1000 жителів	-	-
Медичних пунктів тимчасового базування	9	9
Динаміка мережі: відкрито амбулаторій	1	1
з них побудовано нових приміщень,	1	-
переведено ФАП у МПТБ	-	-
інше зазначити		

Примітка: складено на сонові інформації КНП [5].

Внутрішнє маркетингове середовище створюють і матеріально-технічна база, аналіз якої (табл.2.4) показує на недостатній рівень забезпечення лікарів засобами медичної діагностики від 2,7% до 87%.

Таблиця 2.4

Аналіз матеріально-технічного забезпечення КНП

Складові	2019 р.	2020 р.
Придбання обладнання – тис. грн.: <i>зазначити конкретно по видах та кількості</i>	533912	1288408
Ремонти амбулаторій – конкретно і у тис. грн.	618389	Капітальний ремонт АЗП-СМ с.Корчівка – 137,7 тис.грн. Капітальний ремонт ФП с.Котюженці – 18,9 тис. грн. Поточний ремонт АЗП-СМ №1,2,3 –

		34,5 тис. грн
Будівництва амбулаторій – конкретно і у грн.	Чернелівська АЗП-СМ 6400000	-
Заходи з протипожежної безпеки – тис. грн.	34,432	12,8
Забезпеченість амбулаторій автотранспортом абс. число – % до всіх	12 – 100%	13 – 100%
Забезпеченість амбулаторій глюкометрами: всього – % від всіх	12 – 100%	13 – 100%
Забезпеченість амбулаторій електрокардіографами: всього – % від всіх	10	12
Забезпеченість амбулаторій вагами: - для дітей – всього - % від всіх амбулаторій - для дорослих – всього - % від всіх амбулаторій	12 - 100% 12 – 100%	13– 100% 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» [5]	3-9% 11-32,4% 20-54,06% 9-24,3% 17 – 81% 1-2,7%	4- 10,8% 12-33% 37-100% 10-27% 28-75,6% 1-2,7%
Наявність лабораторного обладнання	Згідно опису	Згідно опису
Проведено аналізів всього, у т. ч.:		
- гематологічних	-	7701
- біохімічних	-	180
- імуноферментних	-	213
- швидких тестів (зазначити конкретно які)	63	92
- Швидкі тести на тропоніни	55	58
- Швидкі тести на ВІЛ	127	198
- Швидкі тести на вірусні гепатити	112	94
- Швидкі тести на вагітність		
- інші (зазначити конкретно які)	842	6006
- Глюкоза крові	55	579
- холестерин		

Примітка: складено на основі інформації КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області [5].

Функціонування КНП забезпечується кадровим складом, який утворюють: адміністративний, медичний, обслуговуючий, технічний персонал

(табл.2.5). У структурі лікарського персоналу 56% сімейних лікарів, 16% дільничних педіатрів, 11 терапевтів та 5% адміністративний персонал, а також 1% складають молоді лікарі інтерни КНП. Проблемою КНП є старіння медичного персоналу, адже 56% медичного персоналу особи пенсійного віку та брак забезпеченості лікарів молодштим медичним персоналом, при середньоєвропейському рівні 1 лікар -4-6 молодшого медичного персоналу, в досліджуваному КНП це 2,4. Більше того, в питаннях атестації, то лише 62% лікарів пройшли впродовж 2020 року атестацію.

Таблиця 2.5

Аналіз кадрового забезпечення КНП

Показники	2019	2020
Штатних посад лікарів: абс. число – на 10 тис. нас.	46,5 – 9,3%	46,5 – 9,4%
Фізичних осіб лікарів: абс. число – % до штатних	37 – 79,6%	37 – 79,6%
З них (абс. число – % від всіх лікарів): сімейних лікарів	21 – 56,75%	22 – 59,5%
– дільничних педіатрів	6 – 16,2%	6 – 16,2%
– дільничних терапевтів	4-10,8%	4-10,8%
– керівників (ОУОЗ)	2 – 5,4%	2 – 5,4%
Наявність лікарів інших спеціальностей (конкретно): штатних – фізичних осіб	1-0	1-0
Кількість лікарів інтернів	4	3
Атестовано лікарів: абс. число – % до всіх	23 – 62,2%	27 – 72,9%
Лікарів пенсійного віку: абс. число – % до всіх	13 – 56,5%	13 – 48,1%
Штатних посад смп: абс. число – на 10 тис. нас.	125 – 24,9%	122,5 – 24,8%
Фізичних осіб смп: абс. число – % до штатних	120– 96%	117 – 95,5%
Атестовано смп: % до всіх	87 – 67,4%	82 – 66,7%
Смп пенсійного віку: абс. число – % до всіх осіб	8 – 9,2%	8 – 9,8%
Співвідношення лікарів до смп (:)	1:2,7	1:2,6

Примітка: на основі інформації КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області.

Стосовно комунікаційного супроводу, то слід зазначити, що лікарня добре запозиційована в мережевому просторі є сайт та електронна адреса.

Структура КНП є лінійно-функціональною і включає адміністративний підрозділ та лікувальні підрозділи (рис.2.2). Дана структура дозволяє врахувати вимоги до управління КНП в умовах проведення медичної реформи, вдало структурувати управлінські та функціональні процеси в розрізі надання медичних послуг та управління медичним закладом.

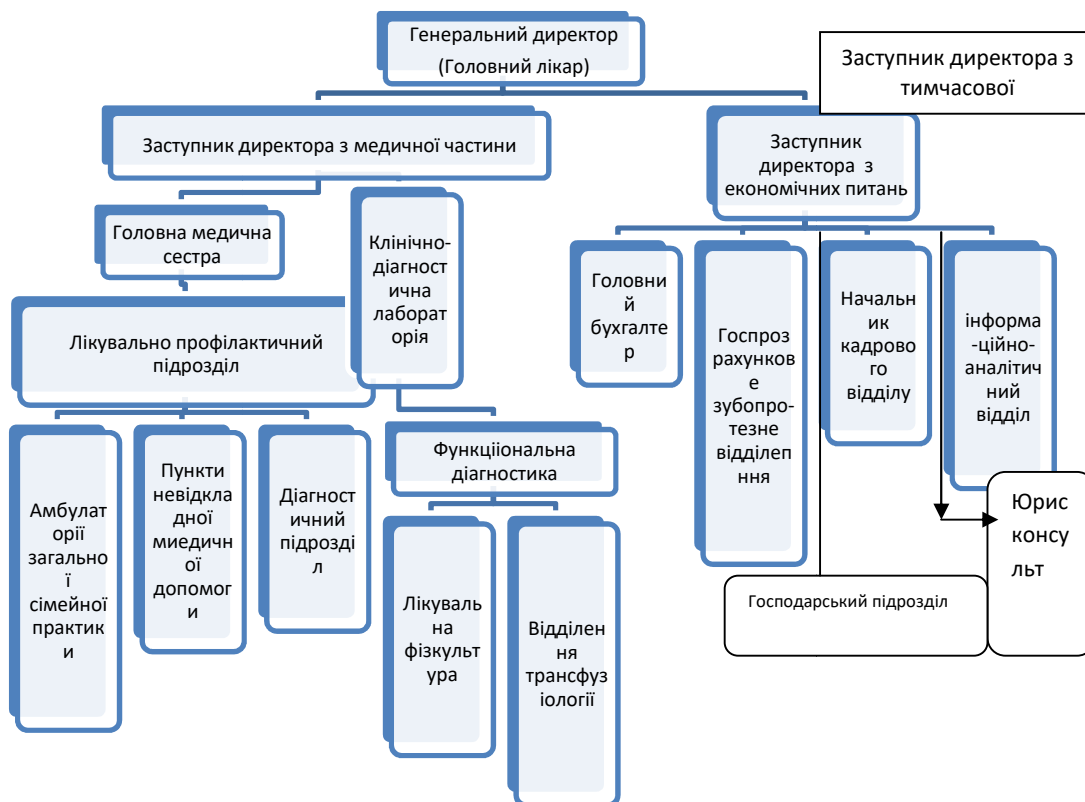


Рис.2.1. Організаційна структура КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Примітка: побудовано автором.

Загалом можна стверджувати, що основні пріоритети роботи КНП лежать в площині: модернізації матеріально-технічної бази, залучення молодих фахівців, інноватизації форм та методів лікування.

2.2. Оцінка стримуючих та стимулюючих чинників управління закладом охорони здоров'я

Як показує проведений в п.2.1. аналіз стримуючими чинниками розвитку КНП є недостатнє забезпечення молодими медичними кадрами; невідповідність нормативам навантаження на лікаря (дефіцит кадрів); бракує сучасної комп'ютерної техніки, брак фінансових коштів для модернізації, відсутність досвіду роботи із міжнародними донорськими організаціями .

Також стримуючим чинником є низька народжуваність, домінування людей похилого віку, висока смертність населення працездатного віку. «Має місце нижча за середньоєвропейську очікувана тривалість життя і зменшення чисельності населення. Природній приріст має від'ємний характер. Разом з тим, смертність сільського населення значно вища, ніж міського. На першому місці в структурі смертності займають хвороби системи кровообігу - 54%, на другому - новоутворення - 15,0%. Така ситуація вказує на недостатньо активно превентивну складову надання медичних послуг, несвоєчасне діагностування та лікування» [48].

Забезпечити створення дієздатного конкурентного КНП можна шляхом підвищення рівня якості надання медичних послуг, шляхом:

-диференціації джерел фінансового забезпечення. Основними джерелами доходів є оплата комунальних послуг (НЗСУ) та місцевих бюджетів. Додатковими джерелами фінансування медичного закладу можуть бути: благодійна допомога та грантові кошти; фонди добровільного медичного страхування; оплата лікарні за надання послуг за договорами; за послуги, що надаються пацієнтам за власною ініціативою; добровільні внески та пожертви; доходи від здачі в оренду нерухомого майна; грошові надходження від надання пацієнтам платних послуг (палати покращеного обслуговування, в яких пацієнти можуть розміщуватися за додаткову плату), а також інші джерела, не заборонені законодавством України;

-забезпечення надання безперервної доступної якісної первинної медико-санітарної допомоги, координації та сприяння створенню життєздатних мереж у сільській місцевості відповідно до соціально-демографічних особливостей населення, особливостей його розселення на відповідній плануваній території;

-створення єдиного медичного простору шляхом інтеграції різних рівнів медичної допомоги, що дозволить інформаційно контролювати переміщення кожного пацієнта від сімейного лікаря до його виписки зі стаціонару, у тому числі обсяги наданої йому медичної допомоги за галузевими стандартами і повний економічний розрахунок догляду та лікування пацієнтів.

Стимулюючими чинниками стратегічного управління КНП є «забезпечення вчасного та безперебійного медичного обслуговування населення; покращення якості та ефективності надання лікувально-профілактичної допомоги; зниження рівня захворюваності та смертності населення; покращення матеріально-технічної бази підприємств; підвищення укомплектованості закладу кваліфікованими медичними кадрами; забезпечення своєчасності розрахунків та недопущення виникнення заборгованості підприємства; підвищення конкурентоспроможності закладу» [5].

Відповідно до наявного стану КНП, стримуючих і стимулюючих чинників вважаємо за доцільне визначити такі стратегічні цілі роботи КНП на ринку медичних послуг:

- «1. Забезпечити наявність компетентних кадрових ресурсів та їх розвиток.
2. Забезпечити наявність якісних препаратів, вакцин та витратних матеріалів.
3. Покращити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я.
4. Покращити фінансову доступність медичних послуг, фінансову самодостатність закладу .
5. Підвищити якість та попит на медичні послуги» [5].

Так, якщо у 2019 році основний вид видатків установи становила заробітна плата з нарахуваннями –83,3%, оплата енергоносіїв та комунальних послуг - 12,97 %. і тільки 3,73% становили витрати на придбання господарських матеріалів, медикаментів, медичних матеріалів, продуктів харчування, оплати послуг (крім комунальних) та інше. То у 2020 році основний вид видатків установи становили (табл.. 2.6):

- заробітна плата, 68,8%;
- нарахування на заробітну плату –15,12%;
- оплата енергоносіїв та комунальних послуг - 7,91 %;
- 8,2% поточні видатки, а саме: 2,05% матеріали; 2,54% медикаменти та засоби медичного призначення; 0,54% продукти харчування; послуги (крім комунальних);
- 0,31% інші поточні видатки.

Така структура витрат вказує на відсутність достатнього обсягу коштів на купівлю медикаментів та сучасних медичних засобів, зменшенні обсягу комунальних послуг.

У структурі видатків на одного хворого домінують кошти НСЗУ (79%) і лише 21 % складають кошти місцевих бюджетів. В модернізації обладнання на й пацієнта припадає менше 2% загальних витрат на утримання КНП, що загострює нагальну потребу використання сучасних форм оновлення діагностичного та лікувального обладнання: лізингу, оренди тощо.

Таблиця 2.6

Структура фінансового забезпечення КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Показники, в тис. грн..	2019 р.	2020 р.
Фактичні видатки з НСЗУ: абс. число (тис. грн.) на 1 мешканця	23977,1	25080,9
Видатки з місцевого бюджету (тис. грн.): абс. Число на 1 мешканця	6905,02	6862,2
З них (тис. грн.) на: утримання		
- розвиток	317,2	741,7
- пільгове забезпечення	500,86	555,90
Залучені кошти (тис. грн.)		16
Інші доходи із зазначенням джерела (тис. грн.):	39,2	39,2

Всього дохід (тис. грн.)	30928,65	32554,4
Структура видатків:		
- зарплата з нарахуваннями	22009,1	26878,2
- комунальні послуги	2216,0	1476,01
- капітальні видатки – всього, у т. ч.	317,2	741,7
- ремонти		147,6
- придбання обладнання		594,1
Проживає осіб пільгової категорії	10032	9903
Забезпечено осіб пільгової категорії: абс. число % до всіх в районі	663 – 7%	921 – 9,3%
Середня заробітна плата лікаря	14606,03	19572
Середня заробітна плата смп	6430,95	6943

Примітка: подано на основі інформації КНП [5].

Стримуючим чинником для КНП є «неможливість розпоряджатись закріпленим за ним майном, що належить до основних фондів без попередньої згоди з міською радою, яка є Засновником. Підприємство не має права безоплатно передавати належне йому майно третім особам (юридичним чи фізичним особам). Джерелами формування майна та коштів КНП є: комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення Засновника, кошти місцевого бюджету; власні надходження КНП: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг); цільові кошти; кредити банків; майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб; майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі» [5].

Для розвитку лікарні з позицій стратегічного управління особливе місце мають кошти спеціального фонду (у 2020 р. 1, 2 млн. грн.), структура яких показує на домінування надходжень за надання платних послуг від основної діяльності (рис.2.3).

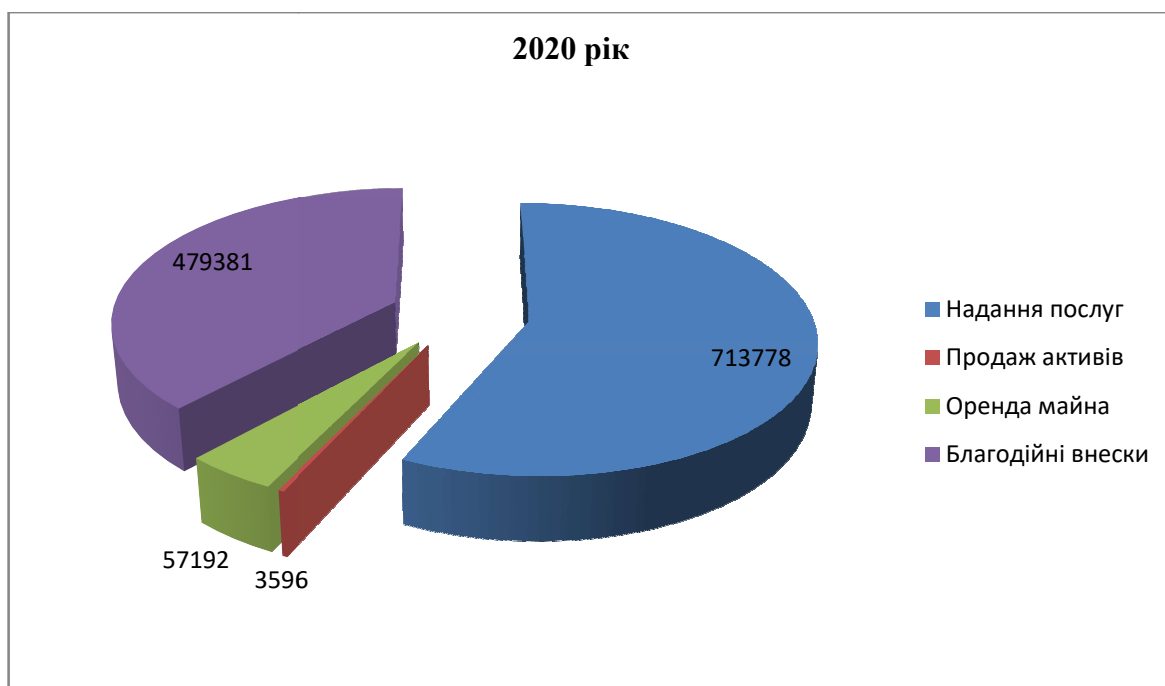


Рис.2.3. Структура надходжень спеціального фонду КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Примітка: побудовано на основі даних інформаційно-аналітичного відділу КНП.

За рахунок доходів спеціального фонду покриваються видатки лікарні: оплачувалися енергоносії та комунальні послуги, послуги ЖКГ по утилізації сміття, послуги позавідомчої охорони, профвідділу – дератизація, інформаційні послуги, проводився поточний ремонт та обслуговування медичної апаратури та комп'ютерної техніки, за рахунок коштів спеціального фонду проводиться придбання предметів та матеріали, миючих засобів, статистичних та бухгалтерських бланків, флюоро -, термо -, рентгенплівки, лікарських засобів та засобів медичного призначення, кисню медичного, реактивів та реагентів, проводиться оплата навчань по обслуговуванню ліфтів, стерилізаторів, роботи з киснем та кисневими балонами та інше. За рахунок спеціального фонду частково покривались витрати по заробітній платі.

Те, що лікарня стимулює фінансову філантропію (доброчинні пожертви) дозволяє зразу в стратегічному управлінні вирішувати два завдання: диференціювати фінансове забезпечення а також налагоджувати ділові комунікації із суб'єктами регіонального ринку. Безперечними перевагами роботи КНП у 2021 році є відкриття в рамках пілотного проекту у селі

Чернелівка амбулаторії європейського зразка з житлом для лікаря та автомобілем- проектно-кошторисною вартістю 6,5 млн.грн; реорганізація ФП с.Корчівка в амбулаторію загальної практики сімейної медицини, яка вже забезпечена транспортним засобом та проведено капітальний ремонт АЗП-СМ с.Корчівка на суму 137,7 тис.грн. закуплено обладнання на суму 140 тис. грн.; проведений капітальний ремонт ФП с.Котюргенці – 18,9 тис. грн., капітальний ремонт ФП с.Дружне - 100 тис.грн. за кошти місцевого бюджету, поточний ремонт Красилівських АЗПСМ № 1,2,3-лікарські кабінети на суму більше 50тис. грн.

Подальша діяльність КНП має проходити в руслі відкритості та прозорості діяльності шляхом інформування осіб, що мають право на медичне обслуговування в лікарні, про повний спектр послуг, що надаються у закладі, а також партнерські стосунки з колегами інших закладів охорони здоров'я області та України, постачальниками ресурсів, органами управління, громадськими організаціями на основі взаємовигідного співробітництва. Тільки відкрите співробітництво, розуміння спільних цілей і завдань кожним працівником закладу сприяє наданню високоякісної медичної допомоги.

2.3. Оцінка факторних обмежень та ризиків управління закладом охорони здоров'я

Загрози і виклики слід розглядати як з позицій зовнішнього середовища, так і з позицій внутрішнього середовища.

Вплив зовнішнього середовища слід оцінювати передусім через загальну демографічну ситуацію, інфраструктурний потенціал ринку медичних послуг регіону Хмельницької області та інституційне середовище.

«Демографічна ситуація в області є гіршою від середньої по Україні і містить низку ризиків для майбутнього розвитку через прискорене старіння населення, особливо у сільських територіях, зміну статевої структури старших

груп населення, зменшення кількості дітей та осіб працездатного віку у загальній структурі населення»[48].

І в районі і в області проводиться значна робота щодо реформування галузі та закладів охорони здоров'я: реформовані заклади, що надають первинну медичну допомогу, в комунальні некомерційні підприємства; ліжковий фонд цілодобових стаціонарів приводиться у відповідність до потреб населення; переглянуті штатні розписи лікувально-профілактичних закладів. Проводиться робота з реформування закладів вторинного та третинного рівня.

Медичну допомогу населенню області надають 100 закладів охорони здоров'я через збільшення кількості амбулаторно-поліклінічних закладів упродовж останніх років, яке відбувалося переважно за рахунок зростання чисельності ПМСД. В області функціонує 31 центр ПМСД, у структурі всіх центрів діють 243 лікарські амбулаторії, структурними підрозділами яких є 835 ФАПів (ФП). У сільській місцевості проводиться будівництво 27 амбулаторій з житлом для лікаря, з них 10 для відкриття нових амбулаторій та 17 нових приміщень для діючих амбулаторій. В області проведено роботу щодо перетворення усіх центрів ПМСД з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. У закладах охорони здоров'я області працює 4576 фізичних осіб лікарів (без урахування зубних лікарів). Забезпеченість лікарями (без зубних) на 10 тис. населення становила 35,6 (при цьому у сільській місцевості працювало 2070 лікарів і забезпеченість становить 23,5) [48].

«Серед захворюваності домінують такі види хвороб: системи кровообігу (33,6%), органів дихання (17,3%), органів травлення (9,7%). Поширеність хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин становить 6,5% від усіх захворювань і займає четверте місце у структурі. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини в структурі поширеності на п'ятому місці (5,6%). Питома вага цих п'яти класів хвороб становить в структурі захворюваності більш як 72 відсотка» [48].

Стосовно інституційних чинників, то слід відмітити, що в Україні поступово впроваджується англійська модель надання медичної допомоги, в

основі якої поєднання і державних гарантій і медичного страхування, і дотримання високих показників якості надання медичних послуг.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено, що держава бере на себе фінансування «за рахунок коштів державного бюджету у межах програми медичних гарантій екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами» [13].

Питання правового супроводу стратегічного управління закладами охорони здоров'я регламентують:

1. Закон України «Про автономізацію медичних установ» [13], в частині визначення економічної та соціальної сутності медичної послуги.
2. Закон України «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327, який інституціоналізує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», і цим самим дозволяє на якісно вищому рівні задовольняти потреби громадян, бюджетувати витрати на сферу охорони здоров'я, нівелювати корупційні ризики.
3. Наказ МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [13], яка передбачає вектор постійного підвищення якості медичних послуг, інструментом адміністрування ефективності цього процесу є клінічний аудит.

Також при визначенні векторів стратегічного управління необхідно враховувати підписані Україною наднаціональні хартії, стратегії, доктрини, конвенції [21]:

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права;
- Європейська соціальна хартія;

- Конвенція про права людини;
- Торгівельні Аспекти Прав Інтелектуальної Власності (TRIPS);
- Дохійська декларація;
- Глобальна стратегія з кадрових ресурсів охорони здоров'я: Трудові ресурси-2030;
- Рамкова основа для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ»;
- «Здоров'я-2020: Основи Європейської політики»;
- Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: «Трудові ресурси 2030»;
- Цілі сталого розвитку охорони здоров'я на 2016-2030 рр. ООН.

Глобальна стратегія сталого розвитку до 2030 року передбачає орієнтацію системи управління охороною здоров'я на забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці. Зокрема, до 2030 року передбачається:

- 1) знизити світовий рівень материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 народжених;
- 2) припинити смертність новонароджених та дітей віком до 5 років, яку можна запобігти, при цьому всі країни мають на меті знизити неонатальну смертність до не більше ніж 12 випадків на 1000 живонароджених і смертність до 5 років до не більше ніж 25 випадків на 1000 живих. народження;
- 3) припинення епідемій СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб та інших інфекційних захворювань;
- 4) знизити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань шляхом профілактики та лікування, а також зберегти психічне здоров'я та благополуччя;
- 5) покращити профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотиками та алкоголем;
- 6) зменшити вдвічі кількість загиблих і травмованих внаслідок дорожньо-транспортних пригод;

7) забезпечити загальний доступ до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї, інформаційні та освітні послуги, а також інтеграцію репродуктивного здоров'я в національні стратегії та програми;

8) забезпечити загальне охоплення медичними послугами, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних базових медичних послуг та до безпечних, ефективних, якісних та недорогих основних ліків і вакцин для всіх;

9) зменшити кількість смертей і захворювань внаслідок впливу шкідливих хімічних речовин, забруднення та отруєння повітря, води та ґрунту;

10) активізувати виконання Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я про боротьбу проти тютюну в усіх країнах;

11) сприяти дослідженню та розробці вакцин і препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних захворювань, насамперед у країнах, що розвиваються, забезпечувати доступність недорогих базових ліків та вакцин відповідно до Дохської декларації «Угода TRIPS та охорона здоров'я», що підтверджує право країн, що розвиваються, повною мірою використовувати положення Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності, щоб бути гнучкими для цілей охорони здоров'я і, зокрема, забезпечити доступ до ліків для всіх;

12) збільшити фінансування охорони здоров'я в країнах, що розвиваються;

13) зниження ризиків через ранню діагностику захворювань .

Аналізуючи зовнішнє середовище в п.2.1(демографія, тренди, зайнятість, звички, потреби, спосіб життя, епідеміологія); державне регулювання (законодавство, правила, регуляторні акти, інше); географічне положення (медичні заклади, навчальні заклади, дороги та засоби пересування в громаді); економіку (дохід громади), ми розглядали фактори, до яких належать можливості та виклики, на які КНП важко вплинути. Розглядаючи внутрішні ризики слід акцентувати увагу на питаннях ресурсного, організаційного,

управлінського характеру: медичний та адміністративний персонал (вік, кількість, кваліфікація); наявні послуги; система управління; технології (обладнання, телекомунікації); інфраструктура (ІТ-рішення, приміщення, розташування, енергоефективність).

В питаннях надання медичних послуг КНП збільшив обсяг наданої медичної допомоги у 2020 році по відношенню до 2019 року на 10% (табл.2.7). Практично десята частина медичних послуг пов'язана і COVID-19.

Таблиця 2.7

**Показники надання медичних послуг КНП «Красилівський Центр
первинної медико-санітарної допомоги»**

Показники надання медичної допомоги	2019	2020
Відвідувань всього/ на 1 посаду лікаря	91386/2769,3	103901/3055,9
Ліжок денного стаціонару/ на 10 тис. нас.	71/14,1	71/14,2
Проліковано у денному стаціонарі/ на 10 тис. нас.	2294/456,9	1985/401,8
Проліковано у стаціонарах вдома/ на 10 тис. нас.	426/84,8	1250/253,0
У т. ч. надано паліативну допомогу/ на 10 тис. нас.	40/8,0	46/9,3
Хворих на ГХ всього/ на 1000	15360/378,5	14812/370,2
Хворих на ГХ вперше/ на 1000	463/11,4	569/14,2
Хворих на гострий інфаркт міокарду/ на 1000	70/1,7	56/1,4
Хворих на інсульти/ на 1000	162/3,9	152/3,8
Виписано рецептів за програмою «Доступні ліки»: всього – на 1000 осіб дорослого населення	12425/838 тис.грн	11183/789,4 тис.грн
НА ДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ при COVID-19		
Зареєстровано хворих		1416
Амбулаторно проліковано		913
Скеровано у стаціонар		354
Померло хворих – всього, у т. ч. амбулаторно		28 (1 амб.)
Зареєстровано хворих медпрацівників		28
Проведено розслідувань випадків хвороби медиків		28
Завершено розслідувань		25
Встановлено профпатологію		-
ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА		
ФПО – на 1000 населення	16279-324	20785-420
Вперше виявлено туберкульозу на ФПО: абс.число – % до обстежених	7-46%	6-55%

Проведено заборів матеріалу на бактеріоскопічне дослідження мокротиння: абс. число – на 1000	56-1,1	43-0,87
Виявлено позитивними при бактеріоскопічному дослідженні мокротиння: абс. число позитивних – % до обстежених	2-3,6%	1-2,33%
Туберкулінодіагностика: проведено проб (абс. число) – % від всіх дітей віком 1-14 років	3159-85,1%	2365-92,8%
ОПО жіночого населення: %	75,5	45,4
% неповноцінних мазків	11,08	6,6
% неінформативних мазків	1,1	2,3
Занедбаність по локалізаціям (всього – занедбані – %): усі локалізації, у т. ч.	184—14-7,6%	145-10-6,9%
всі візуальні локалізації, з них рак	55-0%	45-0%
- молочної залози	19-0%	14-0%
- шийки матки	1-0%	5-0%
- шкіри	18-0%	14-0%
- порожнини рота	7-0%	4-0%
- зовнішніх статевих органів	-	-
Скринінг на цукровий діабет: проведено глюкометрій (абс. число) - % до дорослого населення	842-3%	6006-15%
Профогляди дітей 0-18 років у %	100%	100%
Діти, які перебували на грудному вигодовуванні в 6 місяців: всього - % від всіх	212-58%	231-65%
Надано повідомлень про побічну дію лікарських засобів: всього – з розрахунку на 1 лікаря	25-,068%	24-0,65%
Надано повідомлень про інфекційні хвороби: всього – з розрахунку на 1 лікаря	406-10,9	1662-45
ІМУНОПРОФІЛАКТИКА		
БЦЖ-1 у віці до року	309 -91,7%	273 – 89,2%
БЦЖ у віці 1 рік і старше	6 – 100%	30 – 22,7%
Поліо-3 у віці до року	373 – 87,7%	308 – 75,3%
Поліо-3 у віці 1 рік і старше	35 – 100%	16 – 100%
Поліо-4 у віці 18 місяців	368 – 91,5%	297 – 76,3%
Поліо-4 у віці старше 2 років	31 - 100%	41 – 97,6%
Поліо-5 у віці 6 років	481 – 87,0%	377 – 70,9%
Поліо-5 у віці старше 6 років	103 - 100%	60 – 71,4%
Поліо-6 у віці 14 років	436 – 84,3%	355 – 70,9%
Поліо-6 у віці старше 14 років	31 - 100%	65 – 71,4%

АКДП-3 у віці до року	374 – 88,0%	313 – 76,5%
АКДП-3 у віці 1 рік і старше	140 - 100%	25 – 100%
АКДП-4 у віці 18 місяців	402 - 100%	190 – 48,8%
АаКДП у віці старше 2 років	80 – 98,8%	5 – 100%
АДП у віці 6 років	488 – 88,2%	247 – 45,4%
АДП у віці старше 6 років	9 – 40,9%	-
АДПм-2 у віці 7 років і старше	10 - 100%	113 - 83%
АДПм у віці 7 років і старше	-	-
АДПм у віці 16 років.	432 – 96,4%	314 – 60,5%
АДПм дорослі	3128 – 87,5%	2402 – 32,8%
Нів-1 у віці 1 рік і старше	143 – 50,4%	35 – 53,0%
Нів-2 у віці до року	332 – 78,1%	303 – 74,1%
Нів-3 у віці 1 рік	262 – 55,6%	195 – 47,7%
КПК-1 у віці 1 рік	337 – 71,5%	293 – 71,6%
КПК-1 у віці 2 роки і старше	16 – 88,9%	14 – 100%
КПК-2 у віці 6 років	526 – 95,1%	400 – 73,5%
КПК-2 у віці старше 7 років	16 - 100%	-
ГепВ-1 у віці до року	303 – 89,9%	256 – 83,7%
ГепВ-3 у віці до року	350 – 82,4%	409 – 100%
ГепВ-3 у віці 1 рік і старше	239 - 100%	16 - 100%
Щеплено медперсоналу проти грипу – абс. число % до всіх	40	153 чол.

Примітка: наведено на основі звіту директора КНП [5].

Загрозами на нашу думку є: неготовність населення платити за медичні послуги через загальний економічний спад в регіоні, великий рівень безробіття, бойкот персоналом внутрішніх структурних змін, пов'язаних із медичною реформою, реформа децентралізації, відсутність інституційної послідовності у державному регулюванні сфери охорони здоров'я (згорання програми «Доступні ліки», переведення КНП на казначейське обслуговування тощо); конкуренція з боку лікувальних закладів; відсутність валеологічної культури у населення, низький рівень державних інвестицій у превентивну медицину.

Факторні обмеження умовно можна структурувати на обмеження інфраструктурного, матеріального-технічного, функціонального, кадрового, фінансового характеру. Зокрема, третина лікарів – пенсійного віку, на одного лікаря в два рази менше від норми європейських стандартів молодшого

медичного персоналу. Бракує коштів на модернізацію і структурне оновлення ФАПів, окремі громадяни через релігійні переконня не підписують декларації.

Виходячи з цих ризиків та факторних обмежень пріоритети, на нашу думку можуть бути спрямовані на досягнення таких результатів:

покращення якості медичних послуг, їх максимальна наближеність до споживачів;

розширення медичних послуг як безоплатних так і платних, але з врахуванням платоспроможності населення громади;

створення дієвої системи внутріорганізаційного менеджменту;

розробка проєктних пропозицій та вихід з ними на краудфандингові платформи;

за рахунок інструментів антикризового управління нівелювання ризиків.

Фундаментом для розробки стратегії КНП має бути Стратегія здоров'я громади, яка має бути елементом Стратегії розвитку Красилівської міської ТГ.

Висновки до розділу 2

Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки.

Аналіз маркетингового середовища показав, що Красилівський центр первинної медико-санітарної допомоги Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області працює на регіональному ринку, іманентними ознаками якого є старіння, висока смертність, низькі доходи, що погіршує одержання населенням платних медичні послуги; розширена мережа медичних закладів, сприятливе нормативно-правове та інституційне середовище.

Внутрішнє середовище створюють фактори ресурсного, організаційного, управлінського характеру: медичний та управлінський персонал (вік, кількість, кваліфікація); доступні послуги; система управління; технології (обладнання, телекомунікації); інфраструктура (ІТ-рішення, приміщення, розташування,

енергоефективність). Управління КНП ґрунтується на інклюзивному, орієнтованому на людину, комплексному підході до охорони здоров'я населення, зокрема через запровадження державного управління; чітке визначення соціальної програми державних гарантій у сфері охорони здоров'я; управління якістю медичної допомоги на основі галузевих стандартів та механізмів контролю за їх дотриманням; належна наявність ліків; своєчасне реагування на проблеми галузі шляхом інформатизації; забезпечення профілактики та раннього виявлення захворювань, моніторинг перебігу захворювань та попередження їх несприятливих наслідків лікування громадян на основі фактичних даних, найкращого вітчизняного та світового досвіду та ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення, а також своєчасного, доступного та якісного надання медичної допомоги.

Стримуючими факторами розвитку КНП є необхідність підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги; зростання захворюваності та смертності; низький рівень сучасної логістики; недостатня укомплектованість закладу молодими кваліфікованими медичними кадрами.

Відповідно до сучасного стану КНП, стримуючих і стимулюючих факторів, вважаємо за доцільне визначити такі стратегічні цілі КНП на ринку медичних послуг: забезпечення наявності компетентних кадрів та їх розвиток, наявність якісних лікарських засобів, вакцин та витратних матеріалів, для інновацій фінансової доступності медичних послуг, фінансової самодостатності закладу, підвищення якості та попиту на медичні послуги.

Забезпечити створення життєздатного конкурентоспроможного НПК можна шляхом підвищення якості медичних послуг, шляхом: диференціації джерел фінансової підтримки, забезпечення безперервної доступної якісної первинної медичної допомоги, координації та просування дієздатних мереж у сільській місцевості відповідно до соціально-демографічна характеристика, розселення населення. на відповідній планувальній території; створення

єдиного медичного простору шляхом інтеграції різних рівнів медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Стратегії розвитку закладу охорони здоров'я

Стратегічне планування розвитку КНП повинно враховувати завдання та вектори медичної реформи, вектори збалансованого розвитку України в рамках стратегії «Україна-2030», економічні засади децентралізації, стратегію розвитку територіальної громади. Загалом архітектуру стратегічного планування можна зобразити на рис.3.1.

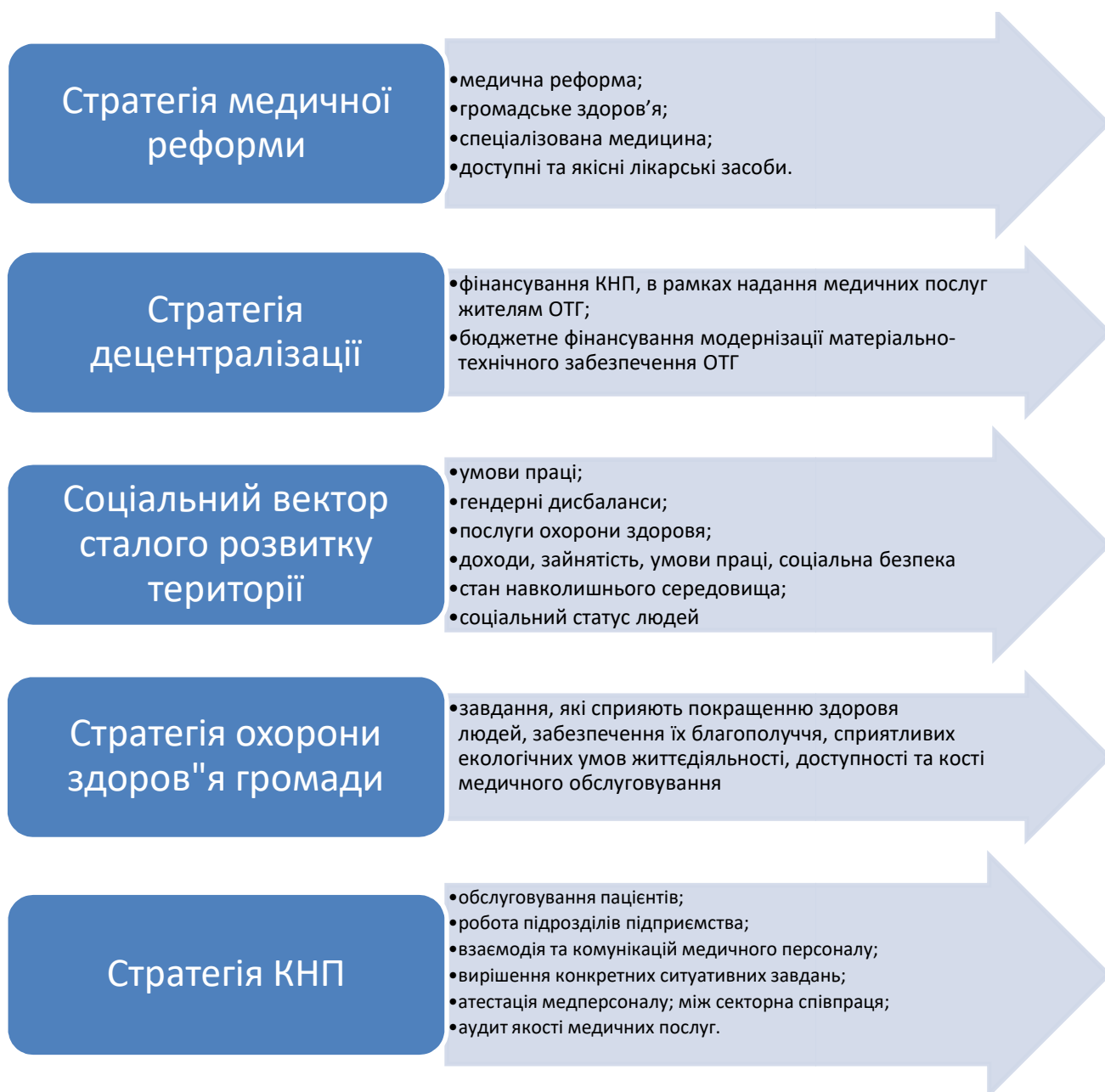


Рис.3.1. Архітектура стратегічного планування

У кожному з цих напрямків реалізуються завдання, реалізація яких залежить від наявних фінансових ресурсів, наявності внутрішнього аудиту якості послуг, розробки нових стандартів та протоколів лікування, використання моделі приватного і державного страхування, залучення приватних інвесторів до модернізації КНП, розвитку цифрових технологій.

Власне сам алгоритм розробки стратегії розвитку КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» можна представити на рис.3.2.



Рис.3.2. Етапи розробки стратегії КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Примітка: побудовано автором.

Власне сам етап розробки стратегії повинен передбачати процедури визначення стратегічного бачення майбутнього, місії закладу, проведення SWOT-аналізу (Strengths – сильні сторони, Weaknesses – слабкі сторони, Opportunities – можливості, Threats – загрози); визначення стратегічних напрямків, цілей і завдань; підготовку до стратегічного планування. Після обговорення і затвердження стратегії керівництвом лікарні та на сесії виконкому Красилівської міської ради необхідно операційний план, в ньому вказати, хто відповідатиме і в які терміни з коректними результатами (табл.3.1).

Велике значення в цілоралізуючих системах стратегічного планування слід відвести розробці стандартів надання медичної допомоги у лікарні базується на двох аспектах: процесному підході та орієнтації на пацієнта; забезпеченні очікувань пацієнтів.

Внутрішні стандарти підприємства по якості описують взаємодії процесів та послуг у відповідних протоколах, положеннях, інструкціях, алгоритмах, а також передбачають обов'язковий моніторинг і контроль всіх процесів з аналізом отриманих результатів, метою якого є постійне покращення якості і вибору оптимальних і ефективних методик надання послуг. Стандарти сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»:

- стандарти сервісу обслуговування пацієнтів;
- стандарти роботи для підрозділів підприємства;
- стандарти взаємодії та комунікацій медичного персоналу;
- стандарти вирішення конкретних ситуативних завдань;
- атестація медперсоналу.

Рішення про розробку стандартів приймається генеральним директором підприємства за поданням завідувача відділення. Розробка стандартів здійснюється фахівцями структурних підрозділах підприємства, до сфери діяльності яких вони відносяться.

Таблиця 3.1

**Про запропонована Стратегія розвитку КНП «Красилівський Центр
первинної медико-санітарної допомоги»**

Візія закладу	Сьогодні краще як вчора, завтра краще як сьогодні
Місія закладу	Надання високоякісної інклюзивної медичної допомоги орієнтованої на пацієнта, основою якої висококваліфіковані працівники
Ціннісні орієнтири	Людина понад усе, емпатія, сучасні етичні принципи у спілкуванні, формальне і неформальне лідерство, відповідальність, креативний підхід, досвід, володіння новітніми технологіями лікування тощо.
Strengths – сильні сторони	Високе кадрове та технічне забезпечення, широкий спектр медичних послуг, аутсорсинг послуг з прання білизни та приготування їжі, енергоефективність, укомплектованість середнім медичним персоналом, участь в грантових програмах, залучення позабюджетних коштів, між секторна співпраця, зручне географічне розміщення
Weaknesses – слабкі сторони	Низький рівень конфіденційності лікування, домінування працівників пенсійного віку, застаріле медичне обладнання, професійне вигорання лікарів, слабка цифровізація медичних послуг
Opportunities – можливості	Створення паліативного реабілітаційного відділення, комунікації з іншими медичними закладами у наданні медичної допомоги, створення соціальних логістичних маршрутів, підвищення

	кваліфікації медичного персоналу, та його професійних розвиток та зростання, участь у міжнародних грантах.
Threats – загрози	Зменшення кількості населення, погіршення показників рівня життя, брак необхідних коштів для оплати лікування, бойкот реформи працівниками закладу, виклики територіальної реформи (можлива оптимізація), казначейське обслуговування, згортання програми «Доступні ліки».
Стратегічні цілі і напрями	Підвищення рівня задоволення пацієнтів якістю надання медичної допомоги, оптимізація медичного закладу, гарантія рівня безпеки та доступності медичних послуг.

Примітка: складено автором.

Стандарт вступає в дію з дати, наступної за датою затвердження, якщо не приймаються спеціальні рішення, що передбачають інший порядок впровадження. Впровадження стандарту передбачає:

- розміщення затвердженого стандарту якості надання медичної допомоги, яким надалі керуються фахівці підрозділів підприємства на робочих місцях файлом тільки для читання;
- інформування працівників, відповідальних за дотримання вимог чинних документів у підрозділах та їх актуалізацію, та керівників підрозділів про введення в дію або заміну редакції документів;
- вивчення стандарту для подальшого застосування його в роботі працівниками підрозділів під контролем завідувачів та/або відповідальних осіб.

Для досягнення стратегічних напрямів пропонуємо покроковий алгоритм (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Шляхи досягнення стратегічних цілей КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

СТАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМОК	ІНІЦІАТИВА	ПОКАЗНИК ДОСЯЖНОСТІ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИСОКОГО РІВНЯ БЕЗПЕКИ ТА ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ	Проведення незалежного аудиту та регулярної перевірки актуальності медичних протоколів	Обрання організації для проведення незалежного аудиту
		Проведення аудиту лікарні двічі на рік
		Проведення щорічних перевірок актуальності медичних протоколів
		Надання актуальної інформації по лікарні щодо ресурсного забезпечення

	Сприяння налагодженню співпраці з ЦПМСД	Надання актуальної інформації по лікарні щодо: 1) рівня технічного оснащення, 2) виду можливої кваліфікованої допомоги яку може надавати лікарня, 3) інших аспектів діяльності лікарні
		Зростання рівня задоволеності пацієнтів
	Тестування персоналу в рамках профілактики інфекційних хвороб	Проведення тестування персоналу двічі на рік
		Зменшення кількості інфекційних захворювань в лікарні
підвищення рівня задоволення пацієнтів	Створення мотиваційної системи для медперсоналу (бонуси, надбавки тощо)	Зменшення кількості персоналу та пацієнтів, які були заражені
		Підвищення показників ефективності праці персоналу (збільшення кількості обслугованих пацієнтів, покращений рівень надаваних послуг) Збільшення кількості лікарів

Оптимізація процесу реєстрації пацієнтів в лікарні (розділення процесу на 2 частини: реєстрація пацієнтів та відповіді на телефонні дзвінки)	Пришвидшення процесу реєстрації пацієнтів
	Зростання рівня задоволеності пацієнтів послугами лікарні
	Зменшення кількість скарг від пацієнтів
Покращення навігації в лікарні (облаштувати лікарню інформаційними вказівниками)	Встановлені вказівники для кожного відділення та важливих адміністративних зон (приймальня, реєстрація)
	Простіша орієнтація по лікарні для пацієнтів - зменшення
	кількості запитів до персоналу лікарні щодо місцезнаходження необхідного відділу
Впровадження електронної реєстрації / черги	Пришвидшення процесу реєстрації пацієнтів
	Зменшення довжини черги
	Зменшення кількість скарг від пацієнтів
Комп'ютеризація процесів відображених на папері	Пришвидшення процесу надання послуг
	Швидший та легший доступ до необхідної інформації
	Зменшення кількості втраченої інформації
Проведення щорічного аудиту наявного обладнання та його стану	Проведення аудиту лікарні 1 раз на рік
	Краще розуміння поточного технічного стану лікарні (сильних та слабких сторін) та формування переліку закупки необхідної апаратури за пріоритетом
	Покращення рівня технічного оснащення лікарні
Розвиток співпраці з розміщеними в ТГ суб'єктами господарювання	Збільшення кількості пацієнтів лікарні за рахунок збільшення працівників заводів, що обслуговуються в ЦРЛ
	Збільшення фінансових надходжень в лікарню

Примітка: складено автором.

Сформулювавши цінності, важливо ними керуватися в повсякденній діяльності, адже якщо заклад декларує інклюзивний підхід, а люди з особливими потребами не можуть потрапити до закладу, чи скористатися туалетами, то тоді і позиціонування даного закладу на ринку медичних послуг буде неможливим.

3.2. Міжсекторна співпраця закладу охорони здоров'я в реалізації цілей стратегічного планування

Досліджуване КНП співпрацює з владними інститутами, громадськими організаціями, фінансовими установами, закладами освіти (рис.3.3).



Рис.3.3. Напрями міжсекторної взаємодії КНП

Примітка: складено автором.

Кожен із секторів певною мірою впливає на результативність функціональної діяльності. Більшою мірою вона залежить від диференціації джерел фінансування. Владні інститути можуть включити медичний заклад в число програмних заходів, чи передбачити субвенції в рамках коштів спеціального фонду місцевого бюджету, що стосуються реконструкції чи модернізації матеріально-технічного забезпечення.

Виконання ліцензійних умов для надання медичних послуг створюють можливості для фінансування в рамках програми медичних гарантій з боку Національної служби здоров'я України.

Важливо співпрацювати КНП із потенційними грандодавцями, меценатами, міжнародними благодійними фондами, чи фондами, які фінансують надання певних медичних послуг. Більше того, необхідно підтримувати та виховувати філантропію, благо чинність, готовність суспільства допомагати, спів фінансувати.

Коли ми говоримо про фінансові інститути, то тут необхідно говорити про нові форми фінансування чи матеріально-технічного забезпечення, про інноватизацію форм та методів лікування, про формування культури обов'язкового медичного приватного (обов'язкового і на випадок хвороби) та корпоративного страхування.

Для того, щоб надавати якісну медичну послугу необхідно передбачити умови використання лізингу. Такий спосіб отримання медобладнання відрізняється доступністю, зручністю та вигідністю. Він дозволяє дуже швидко розширити, модернізувати та оновити оснащення клінік на найлояльніших умовах. Цей інвестиційний інструмент звільняє лізингоодержувача від необхідності: мати заставний об'єкт (запорукою є предмет лізингу); підписувати низку документів, включаючи договір купівлі-продажу, страховку тощо; займатися реєстрацією та страхуванням об'єкта, оплачувати ці послуги (все це робить лізингова компанія, а для повернення лізингодавцем витрачених нею грошей йому надається розстрочка на строк дії договору угоди). Оскільки до виплати лізингоодержувачем заборгованості з лізингу устаткування значиться на балансі лізингової компанії, він звільняється від сплати податку.

Умова фінансової аренди можлива лише для резидента України, якщо термін дії лізингового договору становить щонайменше 12, максимум 60 місяців; первісний внесок має бути не менше ніж 30 відсотків вартості об'єкта лізингу; погашення заборгованості може здійснюватись у гривнях або американських доларах. Вказана у договорі сума щомісячного платежу включає

певну частину: вартості обладнання; суми, сплаченої лізингодавцем за реєстрацію та страхування об'єкта; комісію

Особливий акцент у стратегічному управлінні повинен відводитися співробітництву закладу охорони здоров'я з громадським сектором. Співробітництво має ґрунтуватись на таких принципах:

1. Готовності громади через комітети, дорадчі та спостережні ради брати участі у аудитах ефективності чи аудитах якості медичної допомоги, чи моніторити через електронні майданчики PROZORRO стан закупівель необхідним матеріально-технічних засобів.

2. Партнерства з реальним сектором в питаннях отримання аутсорсингових послуг з утилізації сміття, харчування (кейтірінгові послуги), створення хороших умов для рідних в питання проживання, через побудову сучасних готелів, цифрових комп'ютерних послуг

3. Підзвітності перед органом місцевого самоврядування, перед жителями громади щодо результатів функціональної діяльності медичного закладу, використання майна, яке перебуває на балансі органу місцевого самоврядування.

4. Недопущення зловживань та перевищення посадових обов'язків. Частково цей ризик нівелюється через передбачену систему програми медичних гарантій.

5. Реалізації громадських ініціатив. Керівництво КНП повинне враховувати потреби та запити громадського суспільства в кращій організації надання медичних послуг (через створення ситем рейтингу, оцінювання якості медичної допомоги), оскільки в сонові діяльності КНП має лежати людиноцентричний підхід.

Ще один цікавий аспект в налагодженні комунікаційної взаємодії КНП із іншими інституційними одиницями це співпраця з донорами по модернізації інфраструктурного супроводу КНП. На рівні муніципалітетів за участі Уряду Німеччини нині реалізуються проекти «Партнерство з модернізації: енергоефективність у лікарнях».

Також дуже важливо в стратегічному управлінні передбачити зв'язки із іншими секторами через використання потенціалу мережевих платформ, через які позиціонувати власні послуги, новітні підходи до лікування, проводити соціологічні опитування стосовно стану здоров'я, способу життя, щоб зрозуміти, які послуги превентивного характеру необхідно надавати, чи можливо послуги пов'язані із збереженням здоров'я тощо.

Висовки до розділу 3

Результати проведеного дослідження дозволили нам запропонувати стратегію розвитку медичного закладу. Перевагами є той факт, що стратегія розвитку КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» враховує виклики децентралізації, вектори медичної реформи завдання Стратегії сталого розвитку України, а також напрями конкурентного позиціонування КНП на ринку медичних послуг регіону.

Стратегія КНП, на нашу думку, повинна бути інноваційно орієнтованою, ресурсно збалансованою, орієнтованою на потреби споживачів громади, і одночасно на підтримку, мотивацію медичних працівників, містити дієві інструменти адміністрування функціональної діяльності та оцінювання її результативності через запровадження аудиту якості.

Додаткові конкурентні переваги можна отримати шляхом створення паліативного реабілітаційного відділення, комунікації з іншими медичними закладами у наданні медичної допомоги, створення соціальних логістичних маршрутів, підвищення кваліфікації медичного персоналу, та його професійних розвиток та зростання, участь у міжнародних грантах.

Для якісного надання медичних послуг необхідно мати налагоджені комунікації з внутрішніми та зовнішніми стейкхолдерами. Внутрішні комунікації пов'язані із оцінювання якості медичного обслуговування власне самими споживачами медичних послуг. Зовнішні стейкхолдери – це Національна служба здоров'я України, яка співпрацює з КНП в рамках

укладеного Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; владні інститути, які співпрацюють з КНП в частині співфінансування, реалізації грантових проектів, реалізації державних та регіональних програм розвитку охорони здоров'я в регіоні. Для кращої результативнішої реалізації стратегії КНП необхідно розробити дорожню карту її реалізації, яка чітко буде містити організаційний, ресурсний, комунікаційний супровід досягнення поставлених цілей а також передбачатиме можливості публічного звітування результаті в реалізації стратегії.

ВИСНОВКИ

Дослідження стратегічного планування розвитку КНП дозволило зробити ряд висновків та пропозицій стосовно форм, методів та механізмів його реалізації в умовах проведення медичної реформи на прикладі КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги».

1. Стратегічне управління з позиції процесного підходу є процесом реалізації певної сукупності управлінських функцій – цілевстановлення, планування, прогнозування, організації, мотивації та контролю діяльності, що спрямоване на досягнення конкурентних переваг та забезпечення життєдіяльності підприємства як суб'єкта економічної діяльності.

2. Стратегічне планування це складова довгострокового управління медичним закладом, яка містить бачення розвитку медичного закладу, його місію, візію на ринку медичних послуг. Більше через різного типу стратегії цей інструмент управління дозволяє зменшити ризики функціональної діяльності та підвищити адаптивність до нових викликів. Для того, щоб даний інструмент став дієвим в його розробці повинен поєднуватися підхід участі зацікавлених осіб, стейкхолдерів, громадськості владних інститутів, щоб можна було побудувати ментальну карту із того, якою бачуть сферу надання медичних послуг жителі громади.

3. Ефективне формування системи стратегічного планування потребує створення чітких та прозорих умов і правил: удосконалення нормативно-правового та законодавчого забезпечення; раціоналізації організаційної структури системи стратегічного планування та її елементів; покращення розподілу функцій і повноважень між суб'єктами; налагодження партнерських засад між представниками влади, бізнесу й громадськості; усунення недоліків інформаційного обміну; створення сприятливих передумов для залучення бізнесу до реалізації стратегічних цілей розвитку закладу.

4. Інструментом реалізації стратегічного планування є стратегія, як цілісний документ, який може розроблятися з використанням централізованого, децентралізованого, змішаного, ініціативного підходів. Стратегічний план – це

узагальнений аналітичний документ, який містить інформаційно-аналітичну базу, виокремлені пріоритети і повинен знайти своє відображення в конкретних підходах, проектах, методах, формах управління для досягнення бажаних результатів.

5. Для ефективного застосування методів стратегічного планування рекомендується використання методів статистичного аналізу (індексний метод, зіставлення, групування, порівняння); стратегічного аналізу (моделі GE/McKinsey, SWOT – аналізу, ділового комплексного аналізу (PIMS), моделі оцінки ризиків, PEST-аналізу; економіко-математичних методів (метод експертних оцінок, кореляційно-регресивного аналізу, порівняльного багатовимірного аналізу, матричний метод, метод лінійного програмування), які використані в роботі для встановлення чинників, що впливають на розвиток КНП і вказують на можливі перспективи, ризики, переваги, вплив регіонального та макроекономічного середовища.

6. Стратегічні пріоритети розвитку досліджуваного КНП, як показав проведений нами аналіз повинні включати: покращення параметрів надання медичних послуг, ресурсного супроводу закладу, форм та методів управління ним, покращення інструментів використання проектного менеджменту, маркетингу у сегментуванні споживачів і виокремленні кластерів отримувачів медичних послуг, використання потенціалу цифрового маркетингу тощо.

7. Обов'язковим структурним компонентом стратегічного плану має бути комунікаційна підсистема із всіма зацікавленими стейкхолдерами. При цьому ми пропонуємо, щоб так співпраця стосувалася ділінгу, моніторингу якості, ціноутворення на платні послуги, оцінки ризиків медичного і немедичного характеру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративний менеджмент: навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, Т. М. Попович та ін.. Тернопіль : ТАЙП, 2016. 115 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент закладів охорони здоров'я. URL: https://pidru4niki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya
3. Бойко О. Адміністрування . Політична енциклопедія / редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови). К.: Парламентське видавництво, 2011. С. 18
4. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. URL: file:///C:/Users/Dell/Downloads/njmoz_2014_1_8.pdf
5. Веб-сайт «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області. URL: <https://kras.pmsd.org.ua/>
6. Веб-сайт Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОДА. URL: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/>
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
8. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
9. Державне управління охороною здоров'я в Україні: кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. Т.Д.Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
10. Енциклопедія державного управління. у 8 т. Т. 1. Теорія державного управління. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-редкол.: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. К.: НАДУ, 2011. 747 с.

11. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23 С.108-112.
12. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
13. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>
14. Зарубіжний досвід публічного адміністрування: метод. рек. / за заг. ред. Н.М. Мельтюхової. К. : НАДУ, 2010. 28 с.
15. Інформації Комунального некомерційного підприємства "Міська комунальна лікарня №3" Тернопільської міської ради.
16. Класифікація видів економічної діяльності (КВЕД-2010) URL: <http://dovidnyk.in.ua/directories/2010kved> (дата звернення: 23.11.2019).
17. Кодекс Законів про Працю України № 871-12 від 20.03.91. Дата оновлення: 28.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/322-08> (дата звернення: 01.12.2019).
18. Кодекс України про адміністративні правопорушення. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
19. Кондратюк Т.В. Становлення порівняльного публічного адміністрування як теоретико-методологічного напрямку дослідження механізмів державного управління. Науковий вісник Академії муніципального управління: Збірник наукових праць, серія «Управління». К.: 2010, № 3. с. 297-305.
20. Курс адміністративного права України: підручник / В.К. Колпаков, О.В. Кузьменко, І.Д. Пастух, В.Д. Сущенко та ін. К.: Юрінком Інтер, 2012. 808с.
21. Менеджмент : навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.
22. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с
23. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>

24. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
25. Сментина Н. В., Фіалковська А. А. Стратегічне планування місцевого розвитку: навч. посіб. К.: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 244 с.
26. Стратегічне планування. Навчальний посібник/ О.Берданова, В.Вакуленко, В.Тертичка. Л.: ЗУКЦ, 2008. 138 с.
27. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf
28. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Наказ МОЗ від 26.01.2018 №148. URL: <https://bit.ly/2UPSqMM>.
29. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров'я ” : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>
30. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, наказ МОЗ та АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522_.html.
31. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

32. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
33. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
34. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу, наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.
35. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.
36. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF>.
37. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
38. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 №932.URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>.

39. Про колективні договори і угоди. Закон України № 77-VIII від 28.12.2014. ВВР. 2015. № 11. ст.75.
40. Про подальше удосконалення атестації лікарів. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
41. Реформа больниц в новій Європі / Martin McKee and Judith Healy [eds.]. – Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. 295 p.
42. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення : Зведений звіт Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2007–2009. URL: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf
43. Реєстр галузевих нововведень : МОЗ України URL: old.moz.gov.ua
44. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. Київ, 2009. 72 с
45. Семенов А.Г., Шарко А.І. Стратегічне планування розвитку кадрового потенціалу підприємства. URL: [file:///C:/Users/HomeOffice/Downloads/58%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HomeOffice/Downloads/58%20(1).pdf)
46. Статут КНП «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області.
47. Стратегія розвитку Красилівської міської територіальної громади. URL: <https://krasyliv-rada.gov.ua/news/1607436676/>
48. Стратегія розвитку Хмельницької області на 2021-2027рр. URL: <https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2020/04/strategiya-rozvytku-hmelnyczkoyi-oblasti-na-2021-2027-roky.pdf>

49. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (ІВА 1:2005; ДСТУ ІВА 1:2007). URL: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakisty.-nastanovi-shodo-polipshuvannjastd12628.html>.
50. Толуб'як В.С., Королюк Ю.Г., Дудкіна О.П., Попович Т.М. Стратегічне управління : навч.-метод. посіб. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 213 с.
51. Тертичка В. В. Стратегічне управління: підручник. Київ : «К.І.С.», 2017. 932 с.
52. Шляхи підвищення управлінської культури керівників закладів охорони здоров'я / В. Лисак, І. Голованова, А. Фошина, В. Глебов. Управління закладом охорони здоров'я. 2015. № 11. С. 76–80.
53. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.
54. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. URL : <http://library.tneu.edu.ua/images/stories/>
55. Шпаченко, М. Стратегічне планування діяльності закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. II Всеукр. наук.-практ. к онф. з міжнар. участю [Тернопіль, 28 трав. 2021 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.]; відп. за вип. М. М. Шкільняк. Тернопіль : ЗУНУ, 2021. Ч. 1. С. 402-404.
56. Шпаченко М. Ризики та обмеження стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні. Матеріали наукової Інтернет-конференції

студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу. Тернопіль. ЗУНУ. 25.11.2021.

57. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Цивільне і трудове право. Юридичний вісник 2 (47) .
58. SWOT-аналіз та способи його квантифікації. URL: https://stud.com.ua/152410/menedzhment/swot_analiz_sposobi_yogo_kvantifikatsii
59. Edwards N. The future role of the hospital N. Edwards, M. McKee J. Health Serv. Res Pol. 2002. № 7. P. 1–2.
60. Governance for health in the 21st century by Ilona Kickbusch, David Gleicher; The Regional Office for Europe of the World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2012. 128 p.
61. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis Farrar S., Yi D., Matt Sutton M. [et al.] British Medical Journal. 2009. № 339. P. 3047.
62. Health at a Glance: Europe 2014, OECD [Electronic resource]. URL : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
63. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people Journal of Health Gain. 2001. № 5 (2). P. 3–7.
64. Hennamari M. DRG-related prices applied in a public health care system can Finland learn from Norway and Sweden? M. Hennamari, K. Ilmo, H. Unto Health Policy. 2001. № 59. P. 37–51.
65. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value E. Hoo, D. Lansky American Health Policy Institute. 2016. 17 p.

66. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow, Martin McKee Bulletin of the World Health Organization. 2010. № 88. P. 632–636. doi: 10.2471/BLT.09.073361.
67. How many hospitals are there in Europe? [Electronic resource]. URL : <https://www.reference.com/business/finance/many-hospitals-europe-ebd8c28aa6dfd43d#>. 16. Kelly J. Devers What Is Driving Hospitals' Patient–Safety Efforts? Kelly J. Devers, Hoangmai H. Pham, and Gigi Liu Health Aff air. 2004. № 23 (2). P. 103–115. doi: 10.1377/hlthaff.23.2.103.
68. Laura MacLehose Trends in hospital reform across the EUO European Region challenges and opportunities, European Observatory on Health Care Systems Laura MacLehose [Electronic resource]. URL : <http://www.univie.ac.at/ph10ic10icmclehose.pdf>. 18. Marcel Canoy Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands Marcel Canoy, Wolf Sauter Tilburg University. 2009. 12 p.
69. McKee M. The role of the hospital in a changing environment M. McKee, J. Healy Bull. World Health Organ. 2000. № 78. P. 803–810.
70. Millsap J. E. Understanding the Hospital Planning, Design and Construction Process Millsap J. E. [Electronic resource]. URL : <http://www.chcf.org/resources/download.aspx?id...B094-4558>
71. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] Health Affairs. 2013. № 32 (2). P. 223–231.
72. Pay for performance in hospitals: implications for nurses and nursing care Bodrock J.A., Mion L.C. Qual Manag Health Care. 2008. №17(2). P. 102–111.
73. Payment by results. How can payment systems help to deliver better care? Appleby J., Harrison T., Hawkins L., Dixon A. [eBook]. 1st ed. London: The King's Fund, 2012. 56 p.

74. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement
Peter K. Lindenauer, Denise Remus, Sheila Roman [et al.] *New England journal of medicine*. 2007. №356. P. 486–496.
75. Question 64, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates [Electronic resource]. URL : <http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>.
76. Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance Andrew Ryan, Jan Blustein *New England journal of medicine*. 2012. № 366. P. 1557–1559.
77. Shelly D. Final hospital planning and layout [Electronic resource] D. Shelly. URL : <http://www.slideshare.net/iamsinghsandeep/final-hospital-planning-and-layout.ppt>. 28. Søren Rud Kristensen Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives Søren Rud Kristensen, Mickael Bech, Jørgen T. Lauridsen *The European Journal of Health Economics*. 2016. № 17 (4). P. 435–442.
78. Street A. Activity-based financing in England: the need for continual refinement of Payment by Results A. Street, A. Maynard *Health Economics, Policy and Law*. 2007. № 2 (4). P. 419–427.
79. The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart, Daniel Polsky *Health Affairs*. 2011. № 30 (4). P. 690–698.
80. Oxford Wordpower Dictionary. Oxford University Press, New York, 1998.
81. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.

