

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему

**«Адміністрування роботи сімейних лікарів»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

*Студента гр. УЗ.мз-91к*

Нікітіна Юрія Вікторовича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ Нікітін Ю.В.

*Наукові керівники:* \_\_\_\_\_ к.е.н.Кіріченко К.І.  
\_\_\_\_\_ д.мед.н.,проф. Сміянов В.А.

Суми 2020 р.

Сумський державний університет

(назва вузу)

Факультет ННІ ФЕМ ім. Олега Балацького

Кафедра управління

Спеціальність спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», освітня програма «Управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я» ступеню вищої освіти «магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедрою \_\_\_\_\_

„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

## ЗАВДАННЯ

### НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ

Нікітіну Юрію Вікторовичу

1. Тема проекту (роботи): «Адміністрування роботи сімейних лікарів»  
затверджена наказом по інституту від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_

2. Термін здачі закінченого проекту (роботи) \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до проекту (роботи) Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність підприємства (ДАЛІ НАЗВА ОБСКТУ), податкова звітність (баланс) (НАЗВА ОБСКТУ), положення про структурний підрозділ (ДАЛІ НАЗВА ПІДРОЗДІЛУ – якщо є)

4. Зміст розрахунково-пояснювально записки (перелік питань, що їх належить розробити)

(ПЕРЕЛІК НАЗВ РОЗДІЛІВ)

1. Теоретичні аспекти процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.
2. Особливості адміністрування роботи сімейних лікарів
3. Визначення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

(ПЕРЕЛІК НАЗВ ПЛАКАТІВ)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

6. Консультанти по проекту (роботі), із зазначенням розділів проекту, що стосуються їх

| Розділ   | Консультант | Підпис, дата   |                  |
|--|-------------|----------------|------------------|
|  |             | Завдання видав | Завдання прийняв |
| Теоретичні аспекти процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.      |             |                |                  |
| Особливості адміністрування роботи сімейних лікарів                      |             |                |                  |
| Визначення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів. |             |                |                  |

7. Дата видачі завдання

\_\_\_\_\_

Керівник

\_\_\_\_\_

(підпис)

Завдання прийняв до виконання

\_\_\_\_\_

(підпис)

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| Пор. № | Назва етапів кваліфікаційної роботи   | Термін виконання етапів проекту (роботи)  | Примітка |
|--------|---|---|----------|
| 1      | Збір матеріалів з питання адміністрування роботи сімейних лікарів   | Початок практики – кінець практики        |          |
| 2      | Узагальнити підходи до питання адміністрування  |   | виконав  |
| 3      | Дослідити особливості адміністрування роботи сімейних лікарів в Україні та світі  |   | виконав  |
| 4      | Оцінити ефективність процесу адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня»                           |   | виконав  |
| 5      | Виявити ставлення сімейних лікарів до адміністративної діяльності керівництва   |   | виконав  |
| 6      | Проаналізувати результати проведених опитувань та надати рекомендації щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів |   | виконав  |
| 7      | Систематизувати розроблені матеріали та оформити роботу   |   | виконав  |
| 8      | Передати роботу для перевірки на плагіат  | Не менше ніж за 5 робочих днів до захисту | виконав  |
| 9      | Передати на рецензування  | За день до рецензування                   | виконав  |

Здобувач

\_\_\_\_\_

(підпис)

Керівник проекту

\_\_\_\_\_

(підпис)

## АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено теоретичний та нормативно правовий аналіз адміністрування роботи сімейних лікарів, проведено аналіз закордонних підходів до адміністрування роботи сімейних лікарів. Представлено основні показники адміністративного контролю роботи лікарів первинної ланки надання медичної допомоги. Перевірено ефективність адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня». Висвітлено основні напрямки підвищення ефективності адміністративної діяльності медичних організацій. Надано рекомендації для керівників щодо підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів. Визначено рекомендації для сімейних лікарів щодо підвищення ефективності їх роботи.

**Ключові слова:** адміністрування персоналу, первинна ланка, медична допомога, сімейні лікарі, ефективність процесу адміністрування.

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 52 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 46 с., у тому числі 2 таблиці, 3 рисунка, список використаних джерел – 5 сторінок.

*Актуальність.* Процес адміністрування роботи сімейних лікарів займає значне місце у практиці організації роботи медичної установи. Праці сучасних теоретиків та практиків – Б. Андрушків, М. Бесєдін, В. Василенко, Ю. Вороненко, В. Грабовський, Ю. Думанський, П. Клименко, О. Кузьмін, В. Нагаєв, О. Синяченко, В. Узунов, В. Шевченко та ін. – у повній мірі не висвітлюють всього спектру проблеми адміністрування роботи сімейних лікарів на первинній ланці надання медичної допомоги. Необхідність теоретичного обґрунтування та визначення практичних рекомендації щодо вдосконалення процесу адміністрування на первинній ланці і зумовила вибір теми даного дослідження.

*Мета* нашої роботи полягає у теоретичному обґрунтуванні процесу адміністрування роботи сімейних лікарів та визначенні основних напрямів і надання рекомендацій щодо підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів. Відповідно до мети визначені наступні завдання:

1. Ознайомитися з теоретичними аспектами процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.
2. Охарактеризувати особливості адміністративної роботи сімейних лікарів.
3. Проаналізувати ефективність адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».
4. Описати рекомендації щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

*Об'єкт дослідження:* адміністрування роботи сімейних лікарів на первинній ланці надання медичної допомоги.

*Предмет дослідження:* адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

Під час роботи нами були використані такі загальнонаукові методи: аналіз, синтез, порівняння, спостереження, анкетування.

*Наукова новизна* даної роботи полягає у:

- перевірці ефективності існуючої системи адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня»,

- визначенні критерії та показники оцінки ефективності діяльності сімейного лікаря;
- описано основні напрямки підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів;
- наданні рекомендацій щодо підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

Набули подальшого розвитку: шляхи модернізації адміністрування роботи сімейних лікарів.

*Ключові слова:* адміністрування персоналу, первинна ланка, медична допомога, сімейні лікарі, ефективність процесу адміністрування.

## ЗМІСТ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....</b>                     |           |
| 1.1. Поняття «адміністрування» у теорії медичної науки .....   | 11        |
| 1.2. Нормативно-організаційні аспекти роботи сімейних лікарів .....                                  | 17        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....</b>                            | <b>20</b> |
| 2.1. Особливості роботи сімейних лікарів за кордоном та в Україні.....                               | 20        |
| 2.2. Основні показники адміністративного контролю ефективності процесу роботи сімейних лікарів ..... | 23        |
| <b>РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ .....</b>       | <b>26</b> |
| 3.1. Перевірка ефективності адміністрування роботи сімейних лікарів.....                             | 26        |
| 3.2. Рекомендації щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.....               | 34        |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>  | <b>40</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>  | <b>42</b> |

## ВСТУП

Головним пріоритетом державної політики України на сучасному етапі є збереження і зміцнення здоров'я населення. У даний час медичні установи стають об'єктами підвищеної уваги та реформування. Важливим показником ефективності адміністративно-управлінської діяльності медичними установами є довіра населення до них. Державна політика в галузі вітчизняної охорони здоров'я орієнтована на придбання найбільшого ефекту від існуючих кадрових ресурсів.

До питання адміністрування і управління у своїх дослідженнях зверталися Б. Андрушків, М. Бесєдін, В. Василенко, О. Кузьмін, В. Нагаєв, В. Узунов та ін. Слід відмітити, що більшість дослідників ототожнює і поєднує поняття адміністрування і управління.

Адміністративний менеджмент в охороні здоров'я передбачає управління фінансовими, трудовими і матеріальними ресурсами охорони здоров'я. Основною метою менеджменту охорони здоров'я є зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення.

До вирішення проблеми адміністрування в охороні здоров'я зверталися Ю. Вороненко, В. Грабовський, Ю. Думанський, П. Клименко, О. Синяченко, Л. Стефанишин, Ю. Фломін, В. Шевченко та ін. Вони були одностайні у тому, що адміністрування – це процес упорядкованої діяльності адміністрації, щодо організації та контролю діяльності підвладних суб'єктів.

У зв'язку з реформуванням первинної медичної допомоги адміністрації установ охорони здоров'я отримали більше автономії від органів центрального управління. Через це вони прагнуть до мінімізації витрат, виявлення фінансових резервів, підвищенню доходу від платних медичних послуг. Визначені цілі вимагають вдосконалення методів адміністрування первинними медичними установами, всебічний їх статистичний і фінансовий контроль, оптимізація лікувального процесу тощо. Саме тому система адміністрування роботи сімейних лікарів потребує детального розгляду у світлі реорганізаційних змін.



Тому **мета** нашого дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні процесу адміністрування роботи сімейних лікарів та визначенні основних напрямів і надання рекомендацій щодо підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

Відповідно до мети визначені наступні **завдання**:

1. Ознайомитися з теоретичними аспектами процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.
2. Охарактеризувати особливості адміністративної роботи сімейних лікарів.
3. Проаналізувати ефективність адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».
4. Описати рекомендації щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

**Об'єкт дослідження**: адміністрування роботи сімейних лікарів на первинній ланці надання медичної допомоги.

**Предмет дослідження**: адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

Під час роботи нами були використані такі загальнонаукові методи: аналіз, синтез, порівняння, спостереження, анкетування.

**Наукова новизна** даної роботи полягає у:

- перевірці ефективності існуючої системи адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня»;
- визначенні критеріїв та показників оцінки ефективності діяльності сімейного лікаря;
- описано основні напрямки підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів;
- наданні рекомендацій щодо підвищення ефективності процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

**Практична значимість** полягає у визначенні рекомендацій щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

**Структура роботи.** Магістерська робота із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 52 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 46 с., у тому числі 2 таблиці, 3 рисунка, список використаних джерел – 5 сторінок.

# РОЗДІЛ 1.

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

### 1.1. Поняття «адміністрування» у теорії медичної науки

У процесі реформування системи охорони здоров'я України гостро постало питання підбору висококваліфікованих адміністративно-управлінських кадрів. У основу успішного управління лікарнею, відповідно до сучасних тенденцій, покладено особливі адміністративні вміння та навички керівників, котрі першочергово мають бути успішними менеджерами. Саме на нових управлінців медичної системи і буде покладено відповідальність за організацію та проведення успішної адміністративної роботи в лікарнях.

За визначенням, В. Василенко, адміністрація – це особи, які займають керуючу посаду у організації, а адміністрування – це процес їх професійної діяльності (Василенко, 2003).

У дослідженнях О. Баєвої, котра підтримує думку Анрі Файоля, відмічено, що адміністрування – це процес забезпечення узгодженої роботи всіх частин системи управління у процесі передбачення, планування, організації, мотивації і контролю, спрямованого на досягнення поставлених цілей при доцільному використанні всіх видів ресурсів. А керування підприємством – це процес ведення підприємства до мети з максимальним використанням наявних ресурсів, котрий заснований на виборі ефективної адміністративної моделі (Баєва, 2017).

На сьогодні шість основних моделей: адміністрування по цілям, адміністрування за допомогою мотивації, рамкове адміністрування, адміністрування на основі делегування, партисипативне адміністрування, підприємницьке адміністрування (Виноградський, 2009).

Адміністрування по цілям характеризується наявністю управлінської системи із заданою метою при наявності децентралізованого керівництва. Основна увага спрямована у даній моделі спрямована на мотивацію людських ресурсів та розвиток співробітництва (Виноградський, 2009).

Адміністрування за допомогою мотивації. У основі даної моделі знаходиться вивчення потреб, інтересів, особистих цілей працівників. При розвитку даної моделі орієнтири адміністрування спрямовані на розвиток людських ресурсів, на вибір ефективної моделі мотивації (Виноградський, 2009).

Модель рамкового адміністрування дозволяє працівникам самостійне приймати рішення в межах раніше встановлених рамок. Дана модель створює умови для ініціативних співробітників, розвиває самостійність і відповідальність, формує зростання задоволеності працею, розвиває корпоративне керівництво тощо (Виноградський, 2009).

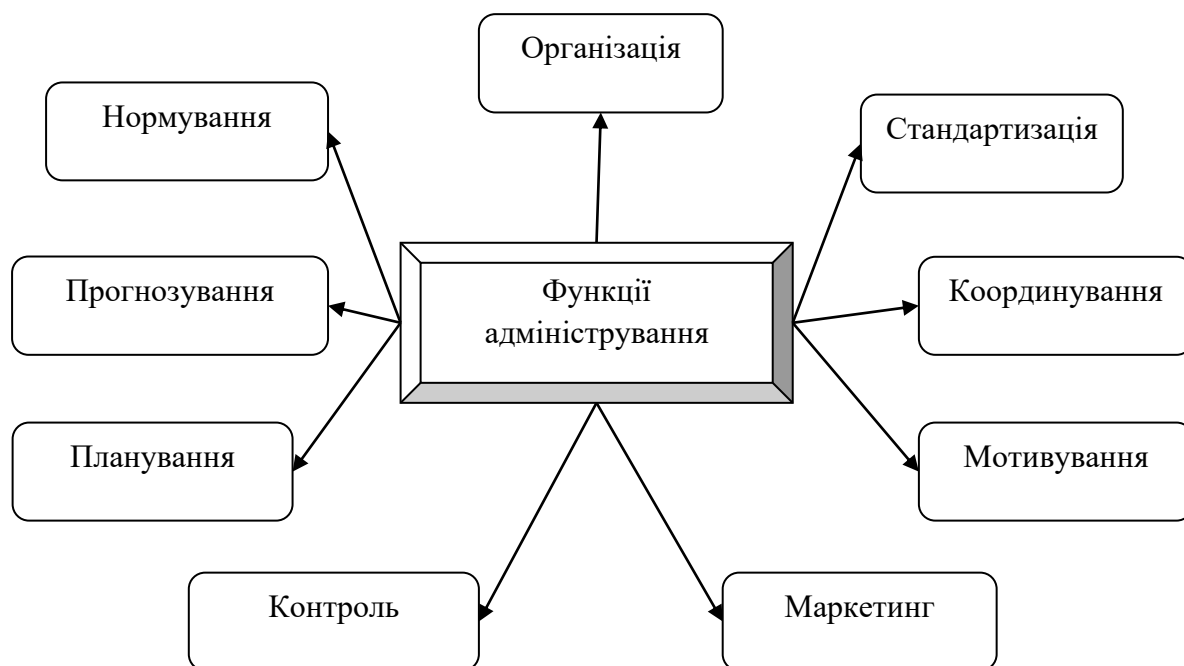
Адміністрування на основі делегування має на увазі переведення завдань на більш низький рівень. Від моделі рамкового адміністрування дана модель відрізняється, тим що неї характерна яскрава постановка завдань, чітке визначення меж прийняття рішень, чіткий розподіл відповідальності за дії і результат (Пашенко, 2011).

Партисипативне адміністрування. Працівник з об'єктів адміністрування перетворюється в суб'єкт адміністрування, який самостійно приймає рішення. При даній моделі управління співробітник організації реалізує свої потреби в самовираженні, визнання, участі (Виноградський, 2009).

Для підприємницького адміністрування характерно розвиток підприємницької активності усередині організації. Перевага віддається демократичній формі управління (Вороненко, 2011).

Адміністрування роботи персоналу це частина менеджменту, що пов'язану з трудовими ресурсами підприємства. Процес адміністративної діяльності характеризується своїми специфічними особливостями і закономірностями.

Адміністрування роботи медичного персоналу включає у себе: управління фінансовими ресурсами медичної організації; управління та контроль здійснення медичної діяльності; управління медичним персоналом в області стратегічного планування, забезпечення розвитку медичної організації. Процес адміністрування у медичній науці має певні функції, що представлені на рис. 1.1.



**Рис. 1.1. Функції адміністрування**

Джерело: узагальнено на основі (Данько, 2017; Єрошкіна, 2012)

Основними завданнями адміністрування роботи медичного персоналу є: задоволення потреби медичної установи в кадрах; забезпечення раціональної розстановки кваліфікованих спеціалістів та їх посадове просування; ефективне використання трудового потенціалу медичної установи тощо (Ровенська, 2019).

Особливе значення у адмініструванні роботи медичним персоналом має вибір принципів роботи. На нашу думку, слід виділити наступні принципи адміністрування роботи медичного персоналу: науковості, демократичного централізму, плановості, «першого обличчя», поєднання

єдиноначальності, єдності розпорядництва, відбору, підбору, розстановки кадрів.

Відзначимо, що у системі адміністрування обов'язково присутні дві ланки: керуюче та кероване. Тих, хто керує, прийнято називати суб'єктами адміністрування, а тих, ким керують, – об'єктами адміністрування. Таким чином, суб'єкт адміністрування – це керівна ланка в системі управління, яка здійснює цілеспрямований вплив на об'єкти адміністрування, а об'єкти адміністрування – керована ланка системи, котра сприймає керуючий вплив з боку суб'єкта адміністрування (Годірко, 2020).

Адміністрування роботи організації охорони здоров'я – це складний процес, заснований на виборі оптимальних рішень, з постійним урахуванням як внутрішніх проблем організації, так і мінливої економічної і політичної ситуації у країні та світі (Грабовський, 2014). Для оптимального адміністрування необхідно спиратися на такі основні принципи визначеного процесу: цілеспрямованості; правової захищеності адміністративно-управлінського рішення; оптимізації управління; централізації і децентралізації управління; делегування повноважень.

У залежності від особистості керівника знаходиться адміністративно-управлінський стиль як індивідуальний спосіб здійснення адміністративної діяльності. Визначений стиль багато в чому формується під впливом сформованих відносин між керівником і колективом у процесі прийняття і реалізації адміністративно-управлінських рішень. Найбільш поширеними адміністративно-управлінських стилями є наступні: авторитарний; ліберальний; демократичний; динамічний (Білинська, 2017).

У медичній установі важливо володіти методами управління, котрі визначаються, як способи і прийоми впливу керівника організації охорони здоров'я або його підрозділів на колектив для більш ефективного використання наявних ресурсів з метою вирішення поставлених перед ним завдань. Розрізняють такі методи управління охороною здоров'я:

- організаційно-розпорядницькі (дозволяють, компенсувати неточності в плануванні, оперативно реагувати на мінливу ситуацію і, вносячи корективи, виводити об'єкт управління в нові параметри шляхом директив, наказів, вказівок, розпоряджень, резолюцій, розпоряджень тощо);
- економіко-математичні (включають в себе економічний аналіз діяльності організації охорони здоров'я, методи планування та прогнозування, статистичного аналізу тощо);
- соціально-психологічні (сукупність засобів впливу на колектив, на процеси, що протікають у колективі і на окремих працівників тощо);
- громадські або колективні (передбачають демократизацію управління, тобто розширення участі працівників у виконанні функцій адміністрування) (Сафонов, 2019; Борщ, 2019).

Найважливішою ланкою в системі адміністрування є розробка і реалізація адміністративно-управлінського рішення. Адміністративно-управлінського рішення – це директивний акт цілеспрямованого впливу на об'єкт адміністрування, заснований на аналізі достовірних даних і містить алгоритм досягнення мети. Адміністративно-управлінського рішення приймається керівником закладу на основі аналізу існуючої ситуації шляхом вибору оптимального (з безлічі альтернативних варіантів) рішення для досягнення поставленої мети. Адміністративно-управлінського рішення приймається керівником в межах наданих йому повноважень з урахуванням чинного законодавства (Парій, 2015).

Адміністративно-управлінські рішення класифікуються за:

- часом реалізації рішення (стратегічні, тактичні, оперативні, рутинні);
- ступенем участі колективу, окремих фахівців (індивідуальні, колегіальні);
- змістом управлінського процесу (медико-організаційні, адміністративно-господарські, санітарно-профілактичні тощо);

- стилем і характеролічними особливостям керівника (інтуїтивні, імпульсивні, інертні, ризиковані, обережні і ін.) (Прокопець, 2020).

Адміністративно-управлінські рішення мають відповідати наступним вимогам:

- цільова спрямованість (повна відповідність поставленим цілям і задачам);

- обґрунтованість (необхідність прийняття цього рішення, а не іншого);

- адресність (по виконавцям);

- несуперечність (узгодженість з попередніми рішеннями);

- легітимність (відповідність правовим актам і нормативним документам);

- ефективність (досягнення максимальних результатів з мінімальними витратами);

- конкретність у часі, у просторі і своєчасність (прийняття саме в той момент, коли реалізація рішення може привести до бажаного результату) (Сміянов, 2013).

Адміністративно-управлінські рішення можуть бути оформлені письмово у формі документів, на електронних носіях або передані у усній формі. Прийняте адміністративно-управлінське рішення є директивним актом, обов'язковим для виконання. У медичному закладі воно може прийматися у формі наказів, розпоряджень, рекомендацій тощо (Шевченко, 2016).

Отже, на нашу думку, адміністрування роботи медичного персоналу – це не науково-теоретична абстракція, що має лише опосередковане відношення до практики функціонування медичної організації, а важлива складова її успішного функціонування, що дозволяє скоординувати роботу установи, створити міцний колектив, домогтися підвищення якості медичних послуг.



## **1.2. Нормативно-організаційні аспекти роботи сімейних лікарів**

Адміністрування роботи будь-якої медичної практики, у тому числі і робота сімейних лікарів чітко регламентується державними нормативно-правовими документами, такими як Конституція України, Закони України, постанови Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та інших міністерств.

Основними наказами МОЗ України, якими керуються працівники первинної ланки надання медичної допомоги є: № 503 від 19.03.2018р. «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» № 504 від 19.03.2018р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Реформування первинної ланки надання медичної допомоги почалося у 2018 році зі створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), створення електронної eHealth та підключення до неї лікарів первинної ланки. У чинному законодавстві чітко прописані права та обов'язки директора медичної установи, його заступника з медичної частини (відповідно до наказу МОЗ України № 1977 від 31.10.2018р.), сімейних лікарів тощо. Відповідно до чинного законодавства сімейні лікарі можуть працювати як у державній, так і у приватній формі власності.

Робота Національної служби здоров'я України керується таким державними документами як Закони України: №2168-VIII від 19.10.2017р. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», №2233-VIII від 07.12.2017р. «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»; Накази МОЗ України: №503 та № 504 від 19.03.2018р., № 148 від 26.01.2018 р. «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»; постанови Кабінету Міністрів України: №1124 від 27.11.2019р. «Про затвердження Порядку реалізації

державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році»; № 1073 від 27. 11. 2019 р. «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»; № 391 від 28.03.2018р. «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»; № 65 від 5.02.2020 р. «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» тощо.

На сьогодні популяризується створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги відповідно до наказу МОЗ України №801 від 29.07.2016 року. Дані центри створюються за рішенням місцевої влади та проходять процедуру ліцензування та акредитування сімейних лікарів установи. Директор центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМД) виконує усю необхідну адміністративну роботу з покращення його функціонування та підвищення конкурентності закладу. Лікування населення у ЦПМД здійснюється за рахунок бюджетних коштів та НСЗУ. Оформлення приватної медичної практики може відбуватися після державної реєстрації ФОП за КВЕД 86.21 «Загальна медична практика», а власник ФОП має виконувати усі функції директора медичної установи.

На сьогодні існує три базові моделі надання медичної допомоги. Керівник кожної медичної установи має змогу самостійно обрати, доцільну на його думку систему, у своїй установі. Однією із популярних стратегій на сьогодні є, за термінологією ВООЗ, стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину». Комплексний характер якої забезпечується всебічним набором лікувальних, реабілітаційних та профілактичних послуг, котрі безпосередньо надаються лікарем первинної ланки. Порівняльна характеристика «медичної допомоги, орієнтованої на людину» з традиційними моделями її надання представлена у таблиці 1.1.

**Таблиця 1.1. Характеристика різних моделей надання первинної медичної допомоги**

| <b>Традиційне надання допомоги в амбулаторії-поліклінічних установах</b>   | <b>Програма боротьби з хворобами</b>  | <b>Первинна медична допомога, орієнтована на людину</b>   |
|--|---|---|
| <p>Першочергова увага приділяється хворобі і її лікуванню.</p> <p>Взаємовідносини обмежуються моментами відвідування.</p> <p>Епізодичне надання лікувальної допомоги.</p> <p>Відповідальність обмежується наданням ефективних і безпечних медичних призначень і рекомендацій під час відвідування.</p> <p>Пацієнти виступають в якості споживачів придбаних ними послуг.</p> | <p>Акцент на пріоритетну хворобу.</p> <p>Взаємовідносини обмежуються рамками реалізації програми.</p> <p>Передбачені програмою заходи по боротьбі із захворюванням.</p> <p>Відповідальність за досягнення цільових показників по контролю хвороби в цільовій групі населення.</p> <p>Групи населення є цільовими об'єктами, на які спрямовані заходи по боротьбі з хворобами.</p> | <p>Акцент на потреби відносно здоров'я.</p> <p>Тривалі індивідуальні взаємини.</p> <p>Комплексне і безперервне надання допомоги відповідно до індивідуальних потреб.</p> <p>Відповідальність за стан здоров'я всіх членів спільноти протягом життя.</p> <p>Відповідальність за вплив на детермінанти порушень здоров'я.</p> <p>Люди беруть участь на правах партнерів у вирішенні питань здоров'я (як власного, так і здоров'я місцевої громади).</p> |

Джерело: узагальнено автором на основі (Баєва, 2007).

Згідно проведеного аналізу відмічено, що на сьогодні в Україні впевнено формується модель «медичної допомоги, орієнтованої на людину». Зміни у нормативно-правовій базі та процеси зміни стратегії роботи у галузі первинної медицини свідчать, що українська система охорони здоров'я іде шляхом модернізації та європейської інтеграції.

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

#### **2.1. Особливості роботи сімейних лікарів закордоном та в Україні**

Сінгапурська система охорони здоров'я починається з забезпечення здоров'я населення за допомогою профілактичних програм охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя. Первинна медико-санітарна допомога включає превентивні заходи охорони здоров'я і санітарної освіти. Приватні практикуючі фахівці забезпечують 80% первинних медичних послуг, державні первинні медичні установи обслуговують решту населення. У Сінгапурі мережа з 18 амбулаторних поліклінік і 2000 приватних медичних клінік. Кожна поліклініка субсидується з єдиного медичного центру, забезпечуючи амбулаторне лікування, подальше лікування для пацієнтів, що виписані з лікарні, імунізацію, медичні огляди та освіту тощо. Особи, які потребують літні люди можуть отримати додаткову допомогу по PCPS-програмою (для тих, хто не може приїхати в поліклініки). Отже, у сінгапурській системі охорони здоров'я надання первинної допомоги населенню максимально покладено на приватний сектор, котрий має державну підтримку (Мухандбеков, 2012).

У протиставлення сінгапурській системі охорони здоров'я існує іспанська. Пацієнт у Іспанії не володіє правом обирати собі лікарів -- будь то терапевт, сімейний лікар або інший фахівець. Замість цього пацієнта прикріплюють до одного з терапевтів, що працюють за місцем проживання громадянина. Якщо виникає необхідність у спеціалізованій медичній допомозі, терапевт направляє пацієнта до одного з лікарів, що входять в певний список. У результаті такої системи виник наступний феномен: щоб змінити лікаря або знайти спеціалізовані медичні установи, де немає довгих черг, хворі змінюють своє місце проживання. Тривалість черг в різних

регіонах варіюється, але проблема «листів очікування» повсюдно носить серйозний характер. В середньому доводиться чекати прийому у спеціаліста 65 днів, а в деяких регіонах - набагато довше. Отже, подібна система є недостатньо успішною і обмежує права людей на якісну та швидку медичну допомогу(Мухандбеков, 2012).

Система охорони здоров'я США представлена незалежними службами на трьох основних рівнях: сімейна медицина, госпітальна допомога і громадська система охорони здоров'я. Сімейна медицина – досить розвинена структура. Сімейні лікарі оглядають і спостерігають пацієнтів і при необхідності направляють їх до вузькопрофільних спеціалістів або до стаціонару. Оплату лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. Як правило, сімейний лікар має власний офіс, або кооперується з іншими фахівцями. У США, як і в інших країнах, поняття амбулаторної допомоги включає надання послуг без госпіталізації пацієнта, що становить велику частку надання медичної допомоги населенню. Лікування на дому проводиться за допомогою сестринських організацій і зазвичай замовляється лікарями. Приватний сектор амбулаторної допомоги представлений особистими лікарями (фахівцями з внутрішньої та сімейної медицини, педіатрами), вузькими спеціалістами, а також медсестрами та іншим медичним персоналом. Оплата за роботу особистих спеціалістів вноситься особисто пацієнтами. Отже, система охорони здоров'я США є приватною і побудованою на засадах ринкової економіки, активно розгалужена система страхової медицини, але вона розповсюджується в основному на лікарні та госпіталі (Мухандбеков, 2012).

У порівнюючі різних систем надання первинної медичної допомоги зупинимося на українській системі. Так, кожен громадянин може обрати собі свого сімейного лікаря та укласти з ним договір. Кількість візитів до лікаря необмежена, кожен візит на консультацію є безкоштовним. Крім того, існує перелік безкоштовних послуг до якого входять профілактичні огляди, щеплення, базові аналізи (загальний аналіз крові, електрокардіограма, аналіз

крові на глюкозу тощо), паліативна допомога тощо. Крім того, сімейний лікар виписує необхідні ліки за рецептами, у тому числі і з програми «Доступні ліки» (більшу кількість вартості ліків за даною програмою оплачує держава).

Сімейна медицина в Україні може бути як державною, так і приватною. При цьому система роботи сімейних лікарів залишається однаковою, відповідно до державних стандартів. На прийом до сімейного лікаря можна записатися через мережу Internet або за телефоном. У разі потреби, та за власним рішенням, лікар може відвідувати пацієнтів удома. За направлення сімейного лікаря пацієнт може отримати безкоштовну спеціалізовану медичну допомогу та здати вузько спеціалізовані аналізи, перелік яких представлено у наказі МОЗ України №504 від 19.03.2018р. Кошти за надання кожній особі первинної медичної допомоги перераховує НСЗУ на рахунок медичної установи, у якій працює сімейний лікар, з якою громадянином укладено договір.

Отже, з урахуванням всього вище перерахованого система надання первинної медичної допомоги в Україні модернізується та намагається враховувати усі медичні потреби населення країни.

## **2.2. Основні показники адміністративного контролю ефективності процесу роботи сімейних лікарів**

Процес адміністративного контролю та оцінка ефективності роботи сімейних лікарів має протікати за чітко визначними критеріями. На сьогодні кожен керівник установи може встановлювати свої вимоги до ефективності роботи медичних працівників установи охорони здоров'я.

Основною метою введення критеріїв оцінки ефективності діяльності сімейного лікаря є проведення аналізу діагностичної, лікувально-профілактичної та організаційної роботи сімейного лікаря лікувально-профілактичного закладу для поліпшення якості надання первинної медико-санітарної допомоги та моніторингу стану здоров'я населення, з яким укладено договір.

Основними обліковими медичними документами при оцінці ефективності роботи сімейного лікаря, на нашу думку, мають бути: медична карта амбулаторного хворого; історія розвитку дитини; паспорт лікарської дільниці сімейної лікарської практики; талон амбулаторного пацієнту у закладі загальної практики – сімейної медицини; відомість обліку відвідувань пацієнтів; контрольна карта диспансерного спостереження тощо.

При оцінці ефективності діяльності сімейного лікаря рекомендується використовувати критерії визначення ефективності його роботи окремо до дорослого та дитячого населення, а також при допомозі жінкам у період вагітності. При наданні амбулаторної допомоги дорослому населенню слід враховувати наступні показники:

- стабілізація або зниження рівня госпіталізації прикріпленого населення;
- зниження частоти викликів швидкої медичної допомоги до прикріпленого населення;
- збільшення числа відвідувань прикріпленого населення лікувально-профілактичного закладу з профілактичною метою повнота

охоплення лікувально-профілактичною допомогою осіб, які перебувають під диспансерним наглядом;

- повнота охоплення профілактичними щепленнями прикріпленого населення;

- стабілізація або зниження показника смертності населення вдома при серцево-судинних захворюваннях, туберкульозі, цукровому діабеті;

- зниження числа осіб, які померли вдома від хвороб системи кровообігу в віці до 60 років і не спостерігалися протягом останнього року життя;

- стабілізація рівня захворюваності хворобами соціального характеру: туберкульоз, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, онкологічні захворювання;

- обґрунтованість призначення лікарських засобів і дотримання правил виписування рецептів пацієнтам тощо.

При наданні амбулаторної допомоги дітям слід враховувати наступні показники: профілактична діяльність сімейного лікаря серед дитячого населення; повнота охоплення патронажем дітей першого року життя; повнота охоплення профілактичними оглядами дітей; питома вага числа дітей першого року життя, що знаходяться на грудному вигодовуванні; відсутність випадків смерті дітей вдома, в тому числі дітей першого року життя; відсутність випадків до добової летальності дітей в стаціонарі, у тому числі дітей першого року життя.

Ефективність діяльності сімейного лікаря при наданні амбулаторної допомоги жінкам в період вагітності оцінюється відсутністю наступних показників: антенатальна загибель плода; вроджені аномалії розвитку, не виявлені під час вагітності; розрив матки до госпіталізації; несвоєчасна госпіталізація при гестозі середнього ступеня тяжкості; несвоєчасна госпіталізація при переношеній вагітності.

Конкретизація визначених показників оцінювання ефективності діяльності сімейного лікаря визначаються керівником медичного закладу з



урахуванням чисельності, щільності, віково-статевого складу населення, рівня захворюваності, географічних та інших особливостей. При необхідності за рішенням керівника закладу охорони здоров'я можуть використовуватися додаткові показники оцінювання ефективності діяльності сімейного лікаря. Саме відсутність єдиних вимог до адміністративного контролю та оцінки роботи сімейних лікарів ускладнює процес адміністрування роботи лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, що потребує подальшого вирішення.

Крім того, у практиці адміністрування роботи сімейних лікарів зустрічаються наступні проблеми:

- застаріле матеріально-технічне забезпечення;
- недостатня матеріально-технічна база;
- старіння лікарів сімейної медицини;
- знижений престиж спеціальності «Сімейний лікар»;
- мають місце психологічні труднощі сімейних лікарів у перебудові своєї практики та оволодіння сучасними інформаційно-цифровими технологіями;
- проблеми із електронною реєстрацією пацієнтів;
- відсутність повноцінного та якісного доступу до системи Internet;
- проблеми у доступі до електронних медичних карток у системі eHealth;
- недостатня забезпеченість транспортними засобами для відвідування населення вдома;
- слабка профілактично-просвітницька спрямованість роботи сімейних лікарів тощо.

Отже, перераховані вище проблеми практики адміністрування роботи сімейних лікарів в Україні потребують уваги та вирішення з боку держави та адміністрації первинних медичних установ..

### РОЗДІЛ 3

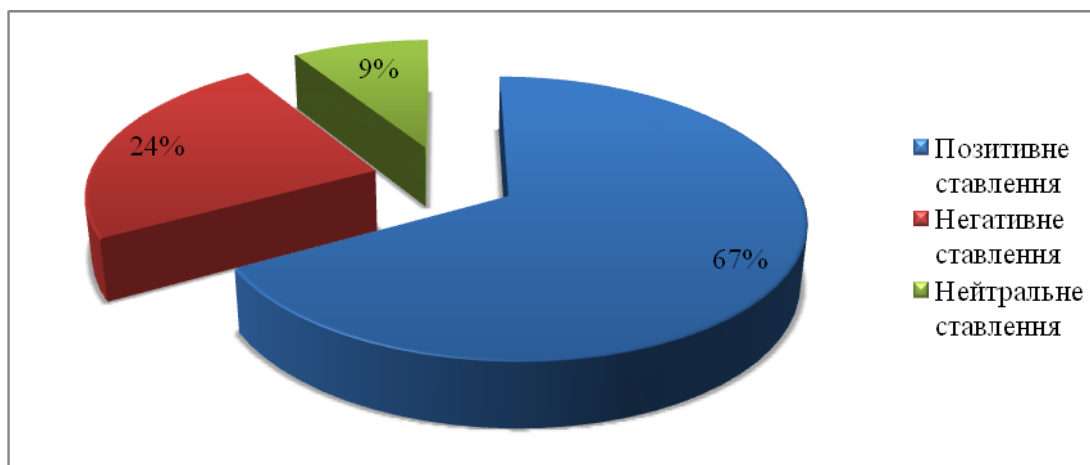
## ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ АДМІНІСТРУВАННЯ РОБОТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

### 3.1. Перевірка ефективності адміністрування роботи сімейних лікарів

Надання первинної медичної допомоги в сучасних умовах у значній мірі регламентовано різними нормативними актами. Існують численні обов'язкові до виконання інструкції, положення, накази, що передбачають порядок проведення того чи іншого методу діагностики, лікування, профілактики і носять, як правило, підзаконні характер. На сьогодні відбулося реформування первинної ланки надання медичної допомоги і сімейні лікарі опинилися у нових умовах своєї роботи. Тому, у рамках нашого дослідження, ми вирішили провести опитування сімейних лікарів з метою визначення ефективності реформування первинної ланки надання медичної допомоги та їх ставлення до нових умов роботи. Дане опитування проводилося за такими запитаннями:

1. Чи легко, Вам, було отримати посаду сімейного лікаря?
2. Чи викликала труднощі необхідність укладання договорів із населенням?
3. Чи змогли, Ви, укласти необхідну кількість договорів менше, ніж за 6 місяців?
4. Чи було складно оволодіти необхідними для Вашої роботи цифровими технологіями?
5. На Вашу думку, чи покращилося адміністрування Вашої роботи з боку керівництва?
6. Загалом, Ви, оцінюєте реформу первинної ланки позитивно?

Респонденти могли обрати не представлені запитання відповіді «так», «ні» або «важко відповісти». Результати проведеного опитування представлено на рис. 3.1.



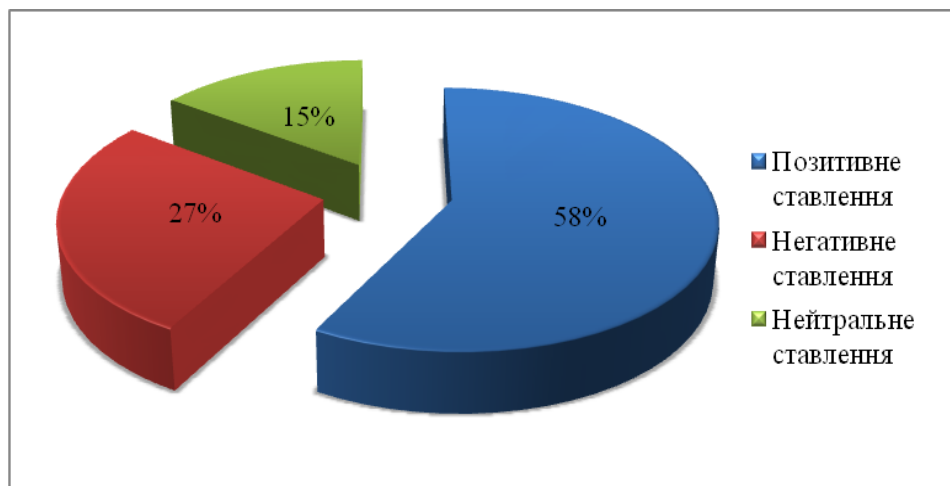
**Рис. 3.1. Ставлення сімейних лікарів КНП КМР «Конотопська міська лікарня» до реформи первинної ланки надання медичної допомоги**  
Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації

За результатами проведеного опитування можна зробити висновок, що загалом до реформування первинної ланки сімейні лікарі ставляться схвально, що підтверджується 67% їх позитивних відповідей. 24% опитаних негативно ставлення до нового лікувального підходу на первинній ланці медицини. Їм складно оволодіти необхідними для роботи цифровими технологіями та вкласти визначену державою кількість договорів за вказаний нами період часу. 9% респондентів не змогли визначитися із власним ставленням до реформування первинної ланки медицини.

Крім того, нами було визначено ставлення сімейних лікарів до системи адміністрування їх роботи. Дане опитування проводилося за наступними питаннями:

1. Як, Ви, ставитеся до роботи адміністрації?
2. Чи влаштовує, Вас, адміністративна діяльність керівництва?
3. Чи позитивно вплинули реформи на роботу адміністрації?
4. Як Ви вважаєте, чи необхідно обрати іншу модель адміністрування роботи сімейних лікарів?
5. Яке, Ваше, ставлення до розділення функцій директора та медичного директора (заступника з медичної частини)?

Респонденти мали обрати відповідь «позитивно»/«так», «негативно»/«ні», «нейтрально»/«не знаю». Результати проведення даного опитування представлені на рис. 3.2.



**Рис. 3.2. Ставлення сімейних лікарів до процесу адміністрування у лікарні**

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації

За результатами проведеного опитування можна зробити висновок, що більша частина респондентів – 58%, позитивно ставиться до процесу адміністрування та роботи адміністрації у цілому. 27% – негативно ставляться до діяльності адміністрації та адміністрування своєї роботи, вважають, що реформування адміністративної діяльності у медичних установах мало небажані наслідки для їх роботи. 15% опитаних мають нейтральне ставлення до адміністративної діяльності у медичному закладі.

З метою перевірки ефективності адміністрування роботи сімейних лікарів у нових умовах роботи (після реформування первинної ланки надання медичної допомоги) нами був проведений порівняльний статистичний аналіз їх роботи за визначеними нами критеріями, що висвітлені у підрозділі 2.2. Для порівняльної перевірки нами були обрані 2017 та 2019 роки. Ми пояснюємо даний вибір тим, що мали на меті порівняти ефективність роботи сімейних лікарів до реформування системи надання первинної медичної допомоги та після її встановлення. 2018 рік у даному випадку є перехідним,

через це він не був обраний для аналізу, адже у цей рік відбувався перехід до нової системи надання первинної медичної допомоги. Даний процес міг викликати неточність отриманих результатів через динамічний процес переходу від застарілої до сучасної системи роботи сімейних лікарів.

Оцінка ефективності роботи сімейних лікарів проводилася з адміністративного боку та була заснована на перевірці основних облікових медичних документів, таких як: медичні карти амбулаторних хворих; історії розвитку дітей; паспорти лікарських дільниць сімейних лікарських практик; талони амбулаторних пацієнтів у закладі загальної практики – сімейної медицини; відомість обліку відвідувань пацієнтів; контрольна карта диспансерного спостереження тощо.

У результаті перевірки медичної документації за визначені роки було відзначено, що введення електронних медичних документів значно полегшило роботу сімейних лікарів та підвищило їх продуктивність. Дана реформа надала можливість швидко вести облік відвідування сімейного лікаря пацієнтами, значно швидше оцінювати розвиток дитини за історією її розвитку. За допомогою електронних медичних карток значно пришвидшився аналіз стану пацієнтів, динаміки розвитку хронічних захворювань, у разі наявності. Процес зв'язку сімейного лікаря з вузькопрофільними спеціалістами став більш продуктивний. Отже, дані зміни свідчать про позитивні зміни у медичному діловодстві, а як наслідок полегшує контроль та процес адміністрування роботи сімейних лікарів.

Результати перевірки ефективності роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня» представлені у таблиці 3.1. Зазначено позитивні зміни у роботі сімейних лікарів після проведення реформи. Нами було відмічено зниження: кількості госпіталізацій та викликів швидкої медичної допомоги прикріпленого населення; смертності населення вдома від серцево-судинних захворювань, туберкульозу, цукрового діабету. У свою чергу відбулося підвищення відвідувань прикріпленого населення медичного закладу з профілактичною метою.

**Таблиця 3.1. Порівняння ефективності роботи сімейних лікарів за 2017 та 2019 роки**

| Населення   | Показники  | Кількість населення |        |
|---|--|---------------------|--------|
|   |  | 2017р.              | 2019р. |
| Доросле   | кількість госпіталізацій прикріпленого населення   | 5721                | 3956   |
|   | кількість викликів швидкої медичної допомоги до прикріпленого населення  | 3465                | 2928   |
|   | число відвідувань прикріпленого населення лікувально-профілактичного закладу з профілактичною метою                          | 217                 | 681    |
|   | лікувально-профілактична допомога особам, які перебувають під диспансерним наглядом  | 97                  | 243    |
|   | профілактичні щепленнями прикріпленого населення   | 3657                | 7824   |
|   | показник смертності населення вдома при серцево-судинних захворюваннях, туберкульозі, цукровому діабеті                      | 231                 | 129    |
|   | особи, які померли вдома від хвороб системи кровообігу в віці до 60 років і не спостерігалися протягом останнього року життя | 279                 | 103    |
| рівень захворюваності хворобами соціального характеру: туберкульоз, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, онкологічні захворювання | 1754   | 1910                |        |
| Дитяче  | кількість дітей першого року життя, що охоплена патронажем   | 164                 | 172    |
|   | кількість профілактичних оглядів дітей   | 348                 | 512    |
|   | кількість дітей першого року життя, що знаходяться на грудному вигодовуванні   | 164                 | 172    |
|   | кількість випадків смерті дітей вдома, в тому числі дітей першого року життя   | 2                   | –      |
|   | кількість випадків до добової летальності дітей в стаціонарі, у тому числі дітей першого року життя                          | 6                   | –      |
| Вагітні жінки   | антенатальна загибель плода  | 7                   | 1      |
|   | вроджені аномалії розвитку, не виявлені під час вагітності   | 24                  | 19     |
|   | розрив матки до госпіталізації   | –                   | –      |
|   | несвоєчасна госпіталізація при гестозі середнього ступеня тяжкості   | 3                   | –      |
|   | несвоєчасна госпіталізація при перенесеній вагітності  | 11                  | –      |

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП КМР «Конотопська міська лікарня»

Крім того, відмічено зростання кількості дітей першого року життя охопленої патронажем, підвищення кількості профілактичних оглядів дітей, відсутність випадків смертності дітей вдома. Відмічено зниження вроджених аномалій розвитку дітей, не виявлених під час вагітності їх матерів. Загалом отримані результати свідчать про позитивну динаміку у роботі сімейних лікарів та їх більш близьку взаємодію зі своїми пацієнтами.

З метою виявлення труднощів у роботі сімейних лікарів нами була проведена бесіда із керівниками первинної ланки та з медичним персоналом. Керівниками первинної ланки у процесі бесіди з питання адміністрування роботи сімейних лікарів були виділені фактори, що ускладнюють процес адміністративної роботи у медичній установі. Умовно дані фактори можна розділити на дві групи за способом виникнення: фактори зовнішнього середовища і фактори внутрішнього середовища.

До факторів зовнішнього середовища віднесено:

- з боку держави: завищені ліцензійні вимоги; високі вимоги до медичних приміщень; застарілі стандарти оснащення медичних кабінетів тощо;
- з боку постачальників: завищена вартість медичних матеріалів і обладнання;
- з боку споживачів: високий рівень недовіри до медицини, упереджене ставлення населення до безкоштовних медичних послуг;
- інші чинники: проблеми приміщень тощо.

До факторів внутрішнього середовища віднесено:

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

У сукупності, взаємодіючи між собою, ці фактори призводять до гальмування розвитку сучасної медицини. Таким чином, можна виділити

основні проблеми, що виникають в процесі управління медичними установами на сучасному етапі:

- проблема недофінансування.
- низький рівень довіри українських громадян до системи охорони здоров'я.
- проблеми якості та доступності медичних послуг.
- дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів.
- низька управлінська кваліфікація керівників організацій охорони здоров'я.

Під час бесіди з медичним персоналом ними була названа низка труднощів, які ми узагальнили:

- відсутність сайту КНП КМР «Конотопська міська лікарня»;
- відсутність єдиної лікарняної цифрової системи;
- недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення;
- недостатній рівень практичної підготовки молодих спеціалістів;
- недостатня автоматизація виконання статистичного обліку роботи сімейних лікарів;
- розширення функціональних обов'язків сімейних лікарів та недостатня кількість часу на їх перепідготовку;
- недостатня кількість практикуючих сімейних лікарів;
- незадоволеність заробітною платою;
- труднощі у переході від роботи з паперовими документами до цифрових;
- складності у відвідування важких пацієнтів вдома;
- невідповідність між відповідальністю і повноваженнями сімейних лікарів;
- незадоволеності методами морального стимулювання сімейних лікарів;
- напружена психоемоційна атмосфера у медичній установі;



- проблема архітектурної доступності та необхідність естетичного вигляду установи.

Отже, основними чинниками, що потребують значної уваги, для забезпечення ефективного функціонування українських медичних установ первинної ланки є:

- вдосконалення адміністративної системи для забезпечення надання більш якісної безкоштовної медичної допомоги громадянам країни (в межах державних гарантій);

- підвищення рівня та якості матеріально-технічного забезпечення первинної ланки;

- забезпечення медичних установ достатньою кількістю висококваліфікованих медичних спеціалістів, зокрема сімейними лікарями;

- ресурсне забезпечення та розвиток інфраструктури закладів охорони здоров'я з використанням інноваційних підходів.

### **3.2. Рекомендації щодо покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів**

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

1. Підвищення зацікавленості менеджерів вищої ланки медичної установи в поліпшенні її роботи. Для початку процесу поліпшення абсолютно необхідна щира впевненість вищого керівництва первинної медичної організації в тому, що воно здатне на більше, у порівнянні з минулими досягненнями. Процес покращення починається з вищого керівництва, розвивається в міру того, як проявляється зацікавленість процесом іншими співробітниками і припиняється в разі зниження інтересу до нього з боку вищого керівництва.

2. Усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення надання медичних послуг. Для реалізації принципу колегіального прийняття рішень необхідно створити громадську (опікунську) раду або комісію котра займатиметься проблемами покращення надання медичних послуг. До складу громадської ради повинні входити представники адміністрації, керівників підрозділів і служб, завідувачів відділень, лікарів та іншого персоналу. Основними функціями ради повинно стати вивчення шляхів підвищення якості надання медичних послуг та адаптація отриманих даних до умов первинного лікувального закладу. Як показує досвід, універсальних конкретних рекомендацій щодо підвищення якості для всіх медичних організацій і навіть підрозділів одного лікувального закладу не існує. Громадська рада з поліпшення роботи є розробником шляхів

покращення надання медичних послуг, поліпшення умов роботи сімейних лікарів, готує медичну організацію до впровадження заходів щодо покращення її умов і координує діяльність по реалізації цього процесу.

3. Залучення до процесу покращень усієї адміністрації медичного закладу. За реалізацію процесу покращення діяльності несе відповідальність весь керівний склад медичного закладу. Це вимагає від кожного керівника вищої та середньої ланки (від директора лікарні до головного бухгалтера) активної практичної участі. Кожен представник адміністративного складу медичної установи первинної ланки повинен пройти спеціальну підготовку для вивчення нових вимог до стандартів діяльності та отримання інформації про існуючі методики покращення умов медичної діяльності.

4. Участь сімейних лікарів та іншого персоналу в процесі впровадження заходів щодо покращення умов медичної діяльності. Після того як до процесу покращення умов медичної діяльності залучено всіх керівників медичної установи, необхідно переходити до залучення до даного процесу сімейних лікарів, молодших медичних спеціалістів та інших працівників первинного лікувального закладу. Керівника кожного окремого підрозділу медичної установи, повинен сформувати «групу щодо покращення умов медичної діяльності» у складі свого підрозділу. Наприклад, завідувач відділенням як керівник такої групи несе відповідальність за організацію навчання її членів тим методам і методикам покращення умов медичної діяльності, які ним уже були вивчені. До основних завдань групи по покращення умов медичної діяльності відносяться оцінка результатів діяльності свого підрозділу і робота з безперервного вдосконалення процесу медичної діяльності.

5. Заохочення індивідуальної участі. Незважаючи на важливість колективних дій, слід приділяти увагу і кожному окремо взятому члену колективу. У зв'язку з цим доцільною стає розробка системи заходів, що заохочуватиме особисту участь, дозволить оцінити і визнати результати

вкладу кожного співробітника у підвищення ефективності і якості роботи медичного закладу.

6. Формування групи з удосконалення системи управління процесами первинної медичної установи. Виконання будь-якої повторюваної дії в кожному підрозділі медичного закладу є процесом, управління яким відбувається за допомогою тих же методів, які застосовуються при управлінні звичайними технологічними процесами. Для вдосконалення системи адміністрування процесами медичної діяльності доцільно розробити схему послідовності операцій, що входять в процес, організувати контроль їх виконання і забезпечити зворотний зв'язок. За реалізацію кожного окремого процесу надання медичної послуги і за його успішне функціонування, навіть якщо він охоплює кілька ділянок або різних функціональних підрозділів, несе відповідальність тільки одна посадова особа. Група по вдосконаленню системи адміністрування процесів медичної діяльності повинна складатися з представників кожного підрозділу, який бере участь в процесі. Така організація роботи забезпечить найбільш ефективну взаємодію підрозділів і виключить можливість негативного впливу на увесь процес в тому випадку, якщо вдосконалюється лише частина процесу медичної діяльності.

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

8. Забезпечення якості функціонування систем адміністрування роботи у медичній установі. Останнім часом в установах охорони здоров'я створюються підрозділи, які займаються в основному виміром показників якості і складають звіти про рівень забезпечення якості в процесі надання медичних послуг. Основним завданням цих підрозділів є виявлення проблем та виправлення помилок.

9. Розробка стратегії і тактики покращення умов медичної діяльності. Первинним медичним установам доцільно розробити довгострокову

стратегію, спрямовану на підвищення якості медичних послуг. Після цього необхідно упевнитися, керівники різних рівнів ознайомлені з даною стратегією і можуть її використовувати для розробки поетапних короткострокових планів, котрі сприятимуть досягненню стратегічних цілей. Короткострокові плани включаються до річного плану реалізації загальної стратегії покращення умов медичної діяльності. Протягом року має здійснюватися контроль виконання визначених планів.

10. Створення системи заохочення і визнання заслуг. У процесі поліпшення діяльності повинна відбутися кардинальна зміна ставлення до помилок. У даний час проведення необхідних змін можливо двома шляхами:

- застосовувати заходи стягнення до кожного хто допустив помилки в ході виконання своїх обов'язків.
- заохочувати окремих співробітників і (або) колектив у разі виконання ними поставлених завдань або за значний внесок в процес поліпшення діяльності.

Відзначимо, що оптимальний шлях - визнання заслуг як рядових співробітників, так і керівників, і стимулювання їх до досягнення більш високих результатів. У процесі поліпшення діяльності медична організація повинна прагнути до повної відсутності помилок персоналу і керівників.

У результаті проведеної дослідної роботи нами були створені рекомендації для керівників та сімейних лікарів медичних установ первинної ланки. Рекомендації керівникам лікарів медичних установ первинної ланки:

- відкрито комунікувати на адміністративні питання. Прозорість і зрозумілість процесів дозволяє сімейним лікарям уникнути стресу, викликаного невідомістю і невпевненістю в своєму майбутньому. Сімейні лікарі, які не мають досвіду керівництва, можуть послужити відмінним джерелом інформації. Найчастіше сімейні лікарі можуть запропонувати більш успішне вирішення проблем, так як бачать проблеми «зсередини»;
- зробити процеси адміністрування більш прозорими. Процес, який не описаний і не відображений графічно – це джерело непорозуміння і

помилки. У той же час вкрай важливо розуміти, що процес нестатичний. Необхідно регулярно переглядати процеси і не боятися їх заново описувати і перемальовувати;

- використовувати перевірені інструменти вдосконалення процесів адміністрування, такі як метод шести сигм і бережливого виробництва. Ми рекомендуємо створити базу сімейних лікарів і керівників, що освоїли дані методи. Можливо також створення групи «внутрішніх тренерів», які змогли б просувати дані методи в медичних установах міста;

- уточнити, які з процесів роботи пов'язані з психологічної і фізіологічної навантаженням. Для цього необхідно опитати сімейних лікарів особливо по відношенню до різних видів діяльності;

- визначити, які психологічні, адміністративні, соціальні та інші ресурси допоможуть сімейним лікарям компенсувати психологічне і фізіологічне навантаження. Пропонувати сімейним лікарям ці ресурси;

- прагнути до постійного вдосконалення процесів адміністрування та покращення умов медичної діяльності.

Поради сімейним лікарям для підвищення ефективності своєї медичної практики:

- створити можливості для неформальних зустрічей і обміну думками. Соціальна взаємодія дозволяє впоратися зі стресом, краще розуміти, що відбувається у практиці роботи, поліпшити свої показники завдяки позитивному / негативного досвіду колег;

- дбати про своє психологічне здоров'я. У разі надмірної втоми, перевантаження або конфліктів відкрито повідомляти про такі і пропонувати свої варіанти вирішення. Керівництво може бути не в курсі багатьох проблем і не бачити прийнятних шляхів їх вирішення;

- активно взаємодіяти з іншими сімейними лікарями та керівництвом медичної установи по робочих питаннях, не чекати, поки рішення буде прийнято вище. Робота сімейного лікаря це велика частина

його життя і ігнорувати її або перекладати на плечі інших спеціалістів або керівництва – це не найоптимальніше рішення.

– дбати про своїх колег (за можливості пояснювати, допомагати, підтримувати або надавати пораду як слід виконати певну роботу).

Отже, за результатами проведеної дослідницької роботи нами було описано основні напрямки поліпшення адміністративної роботи медичних установ первинної ланки та надано рекомендації керівникам медичних установ з метою покращення процесу адміністрування роботи сімейних лікарів.

## ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні проведено аналіз процесу адміністрування сімейних лікарів. Узагальнені результати дослідження сформулювати наступним чином.

1. Теоретичний аналіз визначеної проблеми засвідчив, що на сьогодні дослідники визначають процес адміністрування як процес забезпечення узгодженої роботи всіх частин системи управління у процесі передбачення, планування, організації, мотивації і контролю, спрямованого на досягнення поставлених цілей при доцільному використанні всіх видів ресурсів.

Адміністрування роботи медичного персоналу – це важлива складова практики функціонування медичної організації, котра забезпечує її успішне функціонування, дозволяє скоординувати роботу установи, створити міцний колектив, домогтися підвищення якості медичних послуг тощо.

Нормативна база адміністрування роботи медичного персоналу первинної ланки визначена низкою законодавчих актів, так як: Закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази МОЗ України тощо.

Визначено основні моделі адміністрування у роботі сімейних лікарів: традиційне надання допомоги в амбулаторії-поліклінічних установах; програма боротьби з хворобами; первинна медична допомога, орієнтована на людину.

Згідно проведеного аналізу відмічено, що на сьогодні в Україні впевнено формується модель «медичної допомоги, орієнтованої на людину», про це свідчать зміни у процесах роботи сімейних лікарів первинної ланки. Дані зміни вказують на успішний шлях української системи охорони здоров'я у бік модернізації та європейської інтеграції.

2. Відмінено, що адміністрування роботи сімейних лікарів має відповідати багатьом факторам. Оцінювання ефективності їх роботи, на нашу думку, слід проводити за трьома основними критеріями: ефективність роботи



з дорослим населенням; ефективність роботи з дитячим населенням, ефективність роботи з жінкам у період вагітності.

Після проведення реформи зазначено позитивні зміни у роботі сімейних лікарів: відмічено зниження кількості госпіталізацій прикріпленого населення; смертності населення вдома від серцево-судинних захворювань, туберкульозу, цукрового діабету; вроджених аномалій розвитку дітей, не виявлених під час вагітності їх матерів. Підвищення відвідувань прикріпленого населення медичного закладу з профілактичною метою; зростання кількості дітей першого року життя охопленої патронажем, відсутність випадків смертності дітей вдома тощо. Загалом отримані результати свідчать про позитивну динаміку у роботі сімейних лікарів та їх більш близьку взаємодію зі своїми пацієнтами. З метою визначення ставлення сімейних лікарів до реформи первинної ланки та розподілу функцій у адміністративній роботі лікарні. За результатами яких можна зробити висновок, що загалом до реформування первинної ланки 67% сімейні лікарі ставляться схвально, 24% – негативно, 9% – нейтрально. Позитивно ставиться до процесу адміністрування та роботи адміністрації у цілому в КНП КМР «Конотопська міська лікарня» 58% респондентів, 27% – негативно та 15% - нейтрально. Дані результати свідчать про ефективність процесу адміністрування роботи сімейних лікарів у КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

Проте виявлені під час дослідження проблеми потребують вирішення з боку адміністрації медичної установи. Найсуттєвіші з них такі: відсутність сайту КНП КМР «Конотопська міська лікарня»; недостатня кількість практикуючих сімейних лікарів; незадоволеність заробітною платою; труднощі у переході від роботи з паперовими документами до цифрових; недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення; недостатній рівень практичної підготовки молодих спеціалістів тощо. Для покращення процесу адміністрування нами були надані загальноадміністративні рекомендації, рекомендації адміністрації та сімейним лікарям.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва, О. В. (2007). Основи менеджменту охорони здоров'я. Київ, МАУП, 328.
2. Баєва, О. В., Новальська, Н. І. (2017). Менеджмент і адміністрування. Київ, ДП «Вид. дім «Персонал», 326.
3. Баєва, О. В., Радиша, Я. Ф. (2008). Медичний менеджмент: Понятійно-термінол. слов. Київ, ДП «Видавничий дім «Персонал», 212.
4. Білинська, М. М, Попченко, Т. П. (2017). Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. *Главный врач, 11 (79), 69–73.*
5. Василенко, В. А., Шостка, В. І. (2003). Ситуаційний менеджмент. Київ : ЦУЛ, 285 .
6. Вежновець, Т. А. (2012). Особливості ухвалення управлінських рішень керівниками закладів охорони здоров'я з різним стажем роботи. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація, 4, 138-143.*
7. Виноградський, М. Д., Шканова, О. М. (2009). Управління персоналом. Київ. ЦУЛ, 500 .
8. Вороненко, Ю. В., Пащенко, В. М. (2011). Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я. Київ, Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 499.
9. Вороненко, Ю. В. (2015). Нові технології навчання менеджменту в медицині. Київ : Книга плюс, 419 .
10. Грабовський, В. А., Клименко, П. М. (2014). Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України, 3, 136-142.*
11. Данько, В. В. (2017). Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. *Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки, 4, 225-233.*
12. Данюк, В. М. (2013). Управління персоналом. Київ, КНЕУ, 666.

13. Децик, О. З. (2013). Освітній рівень керівників закладів охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги. *Галицький лікарський вісник*, Т. 20, 1(1), 118-120.
14. Діденко, В. М. (2008). Менеджмент. Київ: Кондор, 584 с.
15. Дмитрук, О. В., Свінцицька, О. М. (2018). Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*, 5(10), 182-186.
16. Дорошенко, Г. О. (2015). Менеджмент. Харків : «ВСВ-Принт», 300 .
17. Дуткевич, Т. В. (2005). Конфліктологія з основами психології управління. Київ, Центр навчальної літератури, 455 .
18. Єрошкіна, Т. В., Татаровський О. П., Полішко, Т. М., Борисенко, С. С. (2012). Основи менеджменту і маркетингу в медицині. Дніпропетровськ РВВ ДНУ, 64.
19. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
20. Закон України №2168-VIII від 19.10.2017р. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
21. Закон України №2233-VIII від 07.12.2017р. «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19#Text>
22. Коба, Н. М. (2012). Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2, 16-22.
23. Короленко, В. В., Юрочко, Т. П. (2018). Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, КІМ, 96.
24. Лехан, В. М. (2010). Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 5-23.
25. Маркова, С. В., Олійник, О. М. (2013). Управління персоналом. Запоріжжя : ЗНУ, 80.

26. Михайловська, О. В. (2008). Операційний менеджмент. Київ : Кондор, 550 с
27. Мухамбеков, М. М. (2012). Менеджмент в здравоохранении. Москва : РУДН, 372.
28. Нагаєв, В. М. (2018). Публічне адміністрування. Харків : ХНАУ, 278.
29. Назарко, С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Retrieved from: [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1\\_2020/57.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf)
30. Наказ МОЗ України № 148 від 26.01.2018 р. «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Retrieved from <https://is.gd/2Q0o2x>
31. Наказ МОЗ України № 503 від 19.03.2018р. «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>
32. Наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
33. Наказ МОЗ України № 1977 від 31.10.2018р. «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». Retrieved from <https://is.gd/4asbOg>
34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/strategija>
35. Офіційний сайт ВООЗ. Retrieved from: <https://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications>
36. Парій, В. Д. (2015). Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони здоров'я. Житомир, «Полісся», 148.

37. Постанова Кабінету Міністрів України № 1073 від 27. 11. 2019 р. «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1073-2019-%D0%BF#Text>

38. Постанова Кабінету Міністрів України № 391 від 28.03.2018 р. «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>

39. Постанова Кабінету Міністрів України № 65 від 5.02. 2020 р. «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text>

40. Постанова Кабінету Міністрів України №1124 від 27.11.2019р. «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році». Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text>

41. Прокопець, Л. В., Годоріко, І. М. (2020). Управління персоналом в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*, 42, 267 -272.

42. Ровенська, В. В., Саржевська, Є. О. (2019). Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*, 3(57), 162-168.

43. Розпорядження Кабінет Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>

44. Сафонов, Ю. М., Борщ, В. І. (2019). Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Економіка та управління національним господарством*, 8 (218), 62-69.

45. Сміянов, В. А. (2013). Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 3, 11-18.
46. Стефанишин, Л. С. (2019). Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*, 30, 77-83.
47. Третьяк, О. П. (2014). Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. *Бізнес Інформ*, 11, 331-336.
48. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» Retrieved from: [https://ips.ligazakon.net/document/U1313\\_00?an=140](https://ips.ligazakon.net/document/U1313_00?an=140)
49. Федоренко, В. Г. (2015). *Менеджмент*. Київ : Алерта, 492 с.
50. Шевченко, В. А. (2016). Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*, 6(2), 9-13.
51. Шевченко, Р. А., Матушак, А. В., Денисенко, Я. А. (2017). Медичний менеджмент в екстреній медицині як запорука ефективності роботи системи. *Екстрена медицина: від науки до практики*, 4 (25), 23-33.
52. Шупа, Л. З. (2018). Менеджмент у страховій медицині. *Інвестиції: практика та досвід*, 14, 34-36.