

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ БІЗНЕСУ І ПРАВА  
КАФЕДРА ЕКОНОМІКИ, МЕНЕДЖМЕНТУ ТА  
АДМІНІСТРУВАННЯ**

**УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ  
ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

Кваліфікаційна робота (проєкт)  
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: студент 291М групи  
Спеціальності 281 Публічне  
управління та адміністрування  
Освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та  
адміністрування»  
Шацило Євгеній Геннадійович

Керівник: д.е.н., проф. Шашкова Н.І.  
Рецензент: директор ПП «Фірма  
«Авто-граф» Резніченко А.В.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	
<b>РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ...</b>	
1.1. Сутнісні проблеми та тенденції розвитку закладів первинної медико-санітарної допомоги в Україні .....	
1.2. Оптимізація системи управління центрами первинної медико-санітарної допомоги на основі маркетингових технологій.....	
<b>РОЗДІЛ 2. ІНТЕГРАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ.....</b>	
2.1. Аналізування факторів зовнішнього і внутрішнього середовища Голопристанського ЦПМСД.....	
2.2. Маркетингова стратегія розвитку ЦПМСД на основі використання збалансованої системи показників.....	
2.3. Удосконалення системи управління людськими ресурсами Голопристанського ЦПМСД на засадах внутрішнього маркетингу	
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	
<b>ДОДАТКИ</b> .....	

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Пріоритетним напрямком реформування медичної галузі є реструктуризація первинної медико-санітарної допомоги на районному рівні системи охорони здоров'я з розгалуженою амбулаторно-поліклінічною допомогою та орієнтацію на дошпитальний рівень лікування, інтенсифікацією використання ресурсної бази поліклінічних установ, впровадженням нових організаційних технологій загальнолікарських практик. Амбулаторно-поліклінічна служба – провідний сектор системи охорони здоров'я, стан і розвиток якої визначають ефективність і якість діяльності всієї системи. Сталі соціально-економічні умови включають такі негативні чинники як: неадекватність обсягів і характеру наданої медичної допомоги потребам населення, диспропорції в наданні терапевтичної та спеціалізованої допомоги, порушення координації медичної допомоги на етапах обслуговування, ослаблення наступності у веденні хворих і зростання хронізації захворювань, різке зниження профілактичної роботи, відсутність персональної відповідальності лікаря за здоров'я пацієнта, за кінцевий результат і якість медичної допомоги, падіння престижу дільничного терапевта.

Руйнування вертикалі адміністративного управління системи охорони здоров'я з розмежуванням функцій внесли суттєві зміни в управління як органами, так і установами охорони здоров'я та їх структурними підрозділами з посиленням самостійності при визначенні стратегії і зростанням відповідальності за своєчасність і якість прийнятих рішень.

Здійснювані реформи розширюють функції амбулаторно-поліклінічних установ у зв'язку зі збільшенням обсягу діяльності за рахунок перерозподілу його з інших рівнів надання медичної допомоги, впровадженням стаціонаророзамінних технологій, взаємодією з консультативно-діагностичними центрами і формуванням оптимальних потоків пацієнтів, розширенням діагностичних можливостей за рахунок поліпшення матеріально-технічної бази.

**Мета дослідження** – розробка принципів удосконалення системи управління маркетинговою діяльністю центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

**Задачі дослідження:**

- медико-економічний аналіз і оцінка обсягу і характеру діяльності муніципальної поліклініки;
- аналіз організації, якості і ефективності медичного обслуговування населення в центрі ПМСД;
- вивчення думки населення і лікарського персоналу про різні аспекти діяльності поліклініки та розвитку системи охорони здоров'я в період проведення реформ;
- визначення основних напрямків розвитку муніципальних поліклінік в сучасних соціально-економічних умовах.
- розробити практичні рекомендації із застосування маркетингових досліджень для удосконалення системи управління якістю медичних послуг ЦПМСД.

**Об'єктом дослідження** стала система управління центром первинної медико-санітарної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – організаційні, медико-соціальні, економічні аспекти діяльності поліклініки.

Робота виконувалася за комплексною методикою з використанням загально - прийнятих методів дослідження: вивчення і узагальнення досвіду, експертна оцінка, соціологічний, економічний, статистичний.

**Практична значимість дослідження** полягає в тому, що на підставі отриманих результатів розроблені пропозиції та директивні документи по комплексу заходів, спрямованих на вдосконалення організації, планування, управління діяльністю ЦПМСД, підвищенню ефективності і якості амбулаторно-поліклінічної допомоги.

**Апробація дослідження.** Результати дослідження були висвітлені на Міжнародній науково-практичній конференції: «Стратегічні пріоритети

розвитку економіки, менеджменту, сфери обслуговування та права в умовах інтеграційних процесів» 17-18 листопада 2021 року.

## РОЗДІЛ 1

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### 1.1. Сутнісні проблеми та тенденції розвитку закладів первинної медико-санітарної допомоги в Україні

Негативні тенденції у стані здоров'я населення обумовлені не тільки негативним впливом комплексу соціально-економічних факторів, а й цілою низкою проблем, які існують в системі охорони здоров'я. Однією з таких проблем є низька ефективність системи управління первинною медико-санітарною допомогою. У зв'язку з тим, що майже 80 % населення починає та закінчує лікування у первинній ланці охорони здоров'я, від ефективності управління центрами первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) залежить і ефективність діяльності всієї системи охорони здоров'я. Оптимальний шлях розвитку системи охорони здоров'я – це реалізація профілактичної спрямованості, що і повинно бути невід'ємною і переважаючою частиною роботи лікаря загальної практики. Потужну роль в профілактичній спрямованості ЦПМСД грають організація і функціонування «навчальних шкіл» для хворих з хронічною патологією. Це одне з найбільш перспективних напрямків діяльності фахівців первинної ланки в умовах, що склалися останнім часом при незадовільних якісних показниках здоров'я і зростання рівня захворюваності, інвалідизації та смертності, і одночасно з цим дефіциту фінансування системи охорони здоров'я [1,2].

Сьогодні потрібна нова парадигма профілактичної медицини, яка буде сприяти зміцненню здоров'я населення на регіональному і загальнодержавному рівні.

Набуття навичок здорового способу життя в сім'ї, комплексний медико-соціальний вплив на сім'ю може дати значний успіх в профілактиці і лікуванні багатьох захворювань.

Діяльність з формування здорового способу життя передбачає вдосконалення мережі лікувально-профілактичних установ з додаванням пріоритету профілактичної роботи (розвитку шкіл з профілактики та життя з хронічними захворюваннями, безкоштовних медико-реабілітаційних центрів). Її складовою частиною є забезпечення профілактичною допомогою населення сільської місцевості, важкодоступних районів за допомогою формування мобільних медичних бригад, оснащених необхідним лабораторним і інструментальним обладнанням [3,4,6].

Реалізація сучасних концепцій профілактичної медицини та ефективне управління нею дозволить на рівні галузі:

- комплексно і системно вирішувати проблеми в області зниження ризику розвитку найбільш поширених захворювань, попередження передчасної смертності;
- збільшити тривалість здорового життя населення;
- змістити пріоритети від управління «фінансовими ресурсами» в бік «управління результатами».

Завдання розробки і впровадження ефективних принципів управління людськими ресурсами в амбулаторній ланці охорони здоров'я є однією з найбільш актуальних для системи охорони здоров'я [50-53].

За наведеними у табл.1.1 даними можна побачити, що показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення в Херсонській та Миколаївській області є критично низьким. При порівнянні Тернопільської та Херсонської областей помітно, що за умов рівної кількості населення (1,0 млн жителів) в Херсонській області забезпеченість лікарями у два рази менша. В Чернівецькій області, (901 632 жителів) забезпеченість лікарями на 10 тис. населення на 50 % вища, аніж у Херсонській області (Додатки Б,В,Д,Е).

Таблиця 1.1.

Забезпеченість лікарськими кадрами системи МОЗ України, 2020 р.

Найменування	Штатні лікарські посади – всього	Забезпеченість штатними посадами - всього на 10 тис. населення	Зайняті лікарські посади всього	Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення
	1	2	3	9
<b>Україна</b>	<b>181 897,75</b>	<b>43,92</b>	<b>154 365,25</b>	<b>35,58</b>
Миколаївська	4 232,00	38,21	3 541,00	26,99
Одеська	11 079,75	47,01	9 005,00	39,60
Полтавська	7 194,25	52,76	6 184,25	43,17
Рівненська	5 098,50	44,44	4 347,00	36,33
Сумська	4 779,00	45,46	4 031,50	35,13
Тернопільська	5 350,00	52,08	4 703,50	47,24
Харківська	13 227,50	50,52	11 550,50	42,12
Херсонська	4 101,25	40,40	3 385,25	26,81
Хмельницька	5 567,50	44,88	4 876,00	37,55
Черкаська	5 248,25	44,68	4 435,00	32,28
Чернівецька	4 900,00	54,84	4 518,50	53,35
Чернігівська	4 493,25	46,41	3 728,00	34,01

*Джерело: за даними [7]*

Поряд із цим у 2021 році було скорочено витрати на підготовку кадрів системи охорони здоров'я на 0,19 млрд. грн., скорочено витрати в царині медичної освіти на 0,26 млрд грн. Наразі в системі охорони здоров'я пріоритетність профілактичного спрямування, на жаль, переважно носить декларативний характер. Хоча вартість профілактичного відвідування істотно (більш ніж в 2 рази) нижче лікувально-діагностичного. Соціальний маркетинг спроможний прискорити реалізацію програм профілактичної медицини. Вважаємо, що фінансування саме профілактичної медицини має бути пріоритетом бюджетного фінансування системи охорони здоров'я.

Щодо охоплення періодичними оглядами окермих контингентів, то Херсонська область займає також останні місця. Сільські жителі і робітники промислових підприємств охоплені медичними оглядами тільки у кількості відповідно: 69,0 % і 69,2 %. В середньому по Україні охоплено медичними оглядами 84,8 % дорослого населення. Тоді як в Херсонській області – 76,3 %.



Таблиця 1.2.

## Охоплення періодичними оглядами окремих контингентів

Найменування	Всього	Дорослі	Діти віком 15-17 років включно	Діти віком 0-17 років	Робітники промислових підприємств	Сільських жителів (15 років і старші)
Б	1	2	3	4	5	8
<b>Питома вага оглянутих до кількості підлегл.огляд.</b>						
<b>Україна</b>	<b>90,8</b>	<b>84,8</b>	<b>92,2</b>	<b>94,3</b>	<b>83,0</b>	<b>84,3</b>
Миколаївська	96,0	92,1	95,4	97,6	93,7	92,4
Одеська	89,5	85,8	90,5	91,2	84,1	90,9
Полтавська	95,5	90,9	94,8	99,9	88,4	91,0
Рівненська	94,0	90,1	96,4	95,1	90,0	90,9
Сумська	95,9	90,8	97,0	98,6	93,4	93,0
Тернопільська	93,1	81,1	83,4	97,4	84,5	85,3
Харківська	95,0	91,3	99,3	98,3	93,2	92,3
<b>Херсонська</b>	<b>86,0</b>	<b>76,3</b>	<b>94,0</b>	<b>93,1</b>	<b>69,0</b>	<b>69,2</b>
Хмельницька	91,6	82,4	98,6	96,7	84,7	79,2
Черкаська	91,8	92,9	82,1	91,0	94,1	89,8
Чернівецька	92,0	85,0	93,5	96,5	87,3	87,2
Чернігівська	94,5	95,2	94,5	94,1	94,4	93,7

*Джерело: за даними [7]*

Вплив зовнішнього середовища на організаційну структуру ЦПМСД розцінюється на сьогоднішній день як вирішальний, переважаючий над впливом внутрішнього середовища. У зв'язку з чим можна узагальнити: організаційна структура управління ЦСМД повинна весь час змінюватися і вдосконалюватися з урахуванням специфічних цілей і завдань, має бути завжди спрямованою на виконання основної мети (місії); організаційна структура повинна бути такою, щоб з найменшими витратами досягати запланованих стратегічних і тактичних цілей.

Ефективність діяльності в охороні здоров'я доцільно оцінювати як на макроекономічному рівні (на рівні всієї системи), так і на мікрорівні - конкретної медичної організації. На макроекономічному рівні ефективність оцінюється ступенем реалізації територіальних програм державних гарантій

надання населенню безоплатної медичної допомоги та показниками здоров'я громадян.

На мікрорівні більшої значущості набувають критерії медичної та соціальної ефективності, такі як доступність, якість медичної допомоги, використання наявних ресурсів, ступінь задоволеності населення медичною допомогою.

Розвиток інституту загальнолікарської практики в системі охорони здоров'я призвів до безумовного виділення базової ресурсної складової амбулаторно-поліклінічної допомоги: лікарі первинної медичної допомоги по суті є розпорядниками фінансових ресурсів і координаторами діяльності всіх структурних підрозділів поліклініки. Тому, розглядаючи управління ресурсами як найважливіший напрям стратегічного планування в системі первинної медико-санітарної допомоги, в оптимізації структури поліклініки, основна увага повинна приділятися позиціонуванню на загальнолікарській практиці [8].

Незважаючи на успіхи, досягнуті в дослідженні теоретичних і практичних аспектів створення і розвитку інституту загальнолікарської практики, закінчених досліджень про шляхи і методи створення організаційної та економічної технології управління ресурсами на рівні лікувального закладу охорони здоров'я недостатньо. Тому завдання розробки і впровадження принципів діяльності загальнолікарських практик, як базової структурної ланки районної поліклініки, залишається однією з найбільш актуальних для системи охорони здоров'я [8].

Наразі в системі охорони здоров'я пріоритетність профілактичного спрямування, на жаль, переважно носить декларативний характер. Чинний принцип оплати за необмежено зростаючим обсягом послуг не веде до раціоналізації витрат і не орієнтує ні населення, ні медичних працівників на більш економічний профілактичний напрямок. Вартість профілактичного відвідування істотно (більш ніж в 2 рази) нижче лікувально-діагностичного у фахівців будь-якого профілю, хоча тимчасові витрати на формування прихильності пацієнтів до здорового способу життя в більшості

перевищують такі при стандартному прийомі. На рис.1.1. наведені дані про те, що на 53 % здоров'я людини визначає стиль життя. І лише на 10 % - система охорони здоров'я.

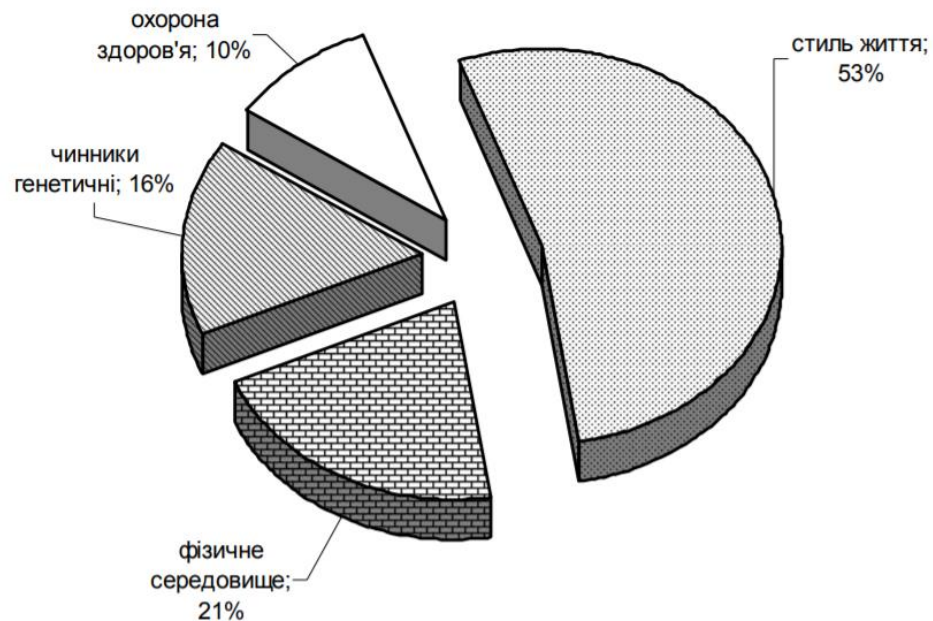


Рис.1.1. Фактори здорового стану людини

*Джерело: за даними [54,55]*

Аналіз структури амбулаторного прийому в Голопристанському ЦПМСД виявив значне перевищення відвідувань непрацюючої частини громадян в порівнянні із працюючими: за даними даної поліклініки - більше 65 % (в тому числі непрацездатного населення – 52 %).

Несприятлива з точки зору доступності медичної допомоги для працездатного населення структура відвідувань пояснюється як катастрофічним старінням населення, так і функціональними витратами роботи фахівців ПМСД (соціальна спрямованість, пріоритет в роботі з «незахищеними» групами населення, необгрунтовані повторні відвідування і т.д.). Найменш доступною амбулаторна допомога стала саме для працюючих пацієнтів: у зв'язку зі значними поточними перевантаженнями, лікарі загальної практики, на жаль, більше стикаються з працездатним населенням за підсумковими цифрами інвалідності та смертності. В умовах

вкрай недостатнього фінансування галузі, з точки зору аналізу «витрати - ефективність (корисність)», саме профілактичний напрямок в амбулаторній допомозі стає найбільш перспективним і, можливо, єдиним напрямом роботи первинної ланки охорони здоров'я, що дозволяє забезпечити доступність і якість медичних послуг для працюючих громадян.

Виділення профілактичного відділення в окрему структуру, по суті, є вимушеною: це компенсаційний механізм, що полегшує навантаження на лікарів первинного контакту. Лікарі загальної практики та «вузькі» фахівці в умовах крайньої перевантаженості за рахунок розширення функціональних обов'язків, а головне, за рахунок прогресивно зростаючого обсягу звітності та документообігу, не мають можливості приділяти належної уваги питанням профілактики.

Крім того, наведена вище структура амбулаторного прийому (65% відвідувань непрацюючим населенням) мінімізує можливості фахівця в частині роботи з працездатним населенням і сурогатний профілактичний прийом на практиці носить геронтологічну спрямованість.

## **1.2. Оптимізація системи управління центрами первинної медико-санітарної допомоги на основі маркетингових технологій**

Значні зміни у фінансуванні охорони здоров'я в останні роки призвели до використання сучасних економічних методів управління медичними установами. Макроекономічні тенденції останніх десяти років не дозволяють державі брати на себе повністю витрати на охорону здоров'я. Державне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я з державного бюджету зумовили неповне використання сучасних методів і способів управління охороною здоров'я, в тому числі маркетингу. Іншою причиною для використання маркетингу є поява нових інформаційних технологій. Ці технології одночасно з удосконаленням законодавства, дозволили впровадити нові форми і методи оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я [9,10-15].

Науковий прогрес в сфері організації та надання медичних послуг, поява більш досконаліх методів лікування, нових, більш точних методів діагностики вимагає використання сучасних методів управління і нових технологій в силу вільного вибору послуг споживачем і існуванням більш високих вимог до якості послуг і обслуговування.

У той же час розробка нових медичних технологій, удосконалення лікувально-діагностичного обладнання призводять до збільшення витрат, пов'язаних з їх впровадженням і експлуатацією. Зростання витрат при впровадженні нових технологій визначає необхідність використання принципів маркетингу і у сфері ціноутворення [9,10-15].

У 90-ті роки сформувалася законодавство з питань захисту прав споживачів, медичної етики, етики реклами та інформованості населення, що в підсумку забезпечило пацієнтів достатньою інформацією. З'явилися передумови вибору лікувального закладу, вибору лікаря, покладаючись на свій споживчий досвід і знання, що призвело до значних змін у світогляді населення у ставленні до свого здоров'я. Зміни в свідомості населення призводять до зміни структури попиту на медичні послуги. У цих умовах лікувально-профілактичні установи змушені все частіше вдаватися до маркетингових методів дослідження.

Головним завданням профілактичної роботи в даний час є перехід від санітарної освіти до соціального маркетингу. Соціальний маркетинг прагне вплинути на соціальні моделі поведінки, щоб принести вигоду не продавцям (медпрацівникам), а цільовій аудиторії і суспільству в цілому. Як і в комерційному маркетингу, в соціальному маркетингу первинний фокус на споживача полягає у вивченні того, що люди хочуть і чого потребують, а не у спробі переконати їх купувати ті послуги, що надає лікувальний заклад. Маркетинг говорить зі споживачем, а не про продукт (послугу) [16,17-25].

Наприклад, відмова від паління корисна для здоров'я колишнього курця і його сім'ї, а також скорочує витрати на охорону здоров'я, що вигідно державі. Сюди ж можна віднести знижену продуктивність праці у курців. Соціальний маркетинг може бути ефективно використаний у вирішенні

широкого кола проблем при активній взаємодії медичного закладу з комерційними організаціями, наприклад, страхові компанії зацікавлені у відмові від паління та інших змінах поведінки, які скоротять число нещасних випадків [26].

Тож у профілактиці переважно використовуються заклики з боку громадськості, медичні та шкільні курси, реклама громадських послуг. Людям більше розповідається про правильну поведінку, ніж про важливість і легкість її зміни. Соціальний маркетинг створює цілий ряд інструментів і концепцій для реалізації програм соціальних змін. У той же час глибоко шанується право кожного індивіда вирішити, чи приймати ці зміни [27].

На відміну від інструктора по санітарній освіті, як правило, виконує стандартний набір обов'язків, фахівець із соціального маркетингу повинен в кожному випадку чітко визначити і зрозуміти проблему. Необхідно усвідомити проблему з точки зору людини або групи людей, на яких націлена програма соціального маркетингу. Визначення проблеми формує вибір цільових аудиторій. Наприклад, програма боротьби з курінням для підлітків може відрізнятися від такої ж програми для дорослих курців, які вже мають проблеми зі здоров'ям.

Фахівці з соціального маркетингу проводять особисті інтерв'ю з членами групи, спостереження і дослідження для того, щоб краще пізнати її інтереси, ставлення до пропоновані зміни поведінки, причини, за якими група може не захотіти змінити поведінку або дізнатися, що може залучити їх до цих змін, якими засобами інформації користується група та інші відомості, що можуть бути корисними для реалізації програм соціального маркетингу.

Мета навчання в «школах здоров'я» - інформувати пацієнтів про сутність захворювання, корекції факторів ризику, формувати у них відповідальність за збереження свого здоров'я і виконання рекомендацій лікаря. «Школи здоров'я» функціонують згідно з розробленими програмами, які включають в себе цілі освіти пацієнтів, принципи навчання, план занять, критерії оцінки ефективності роботи «школи».

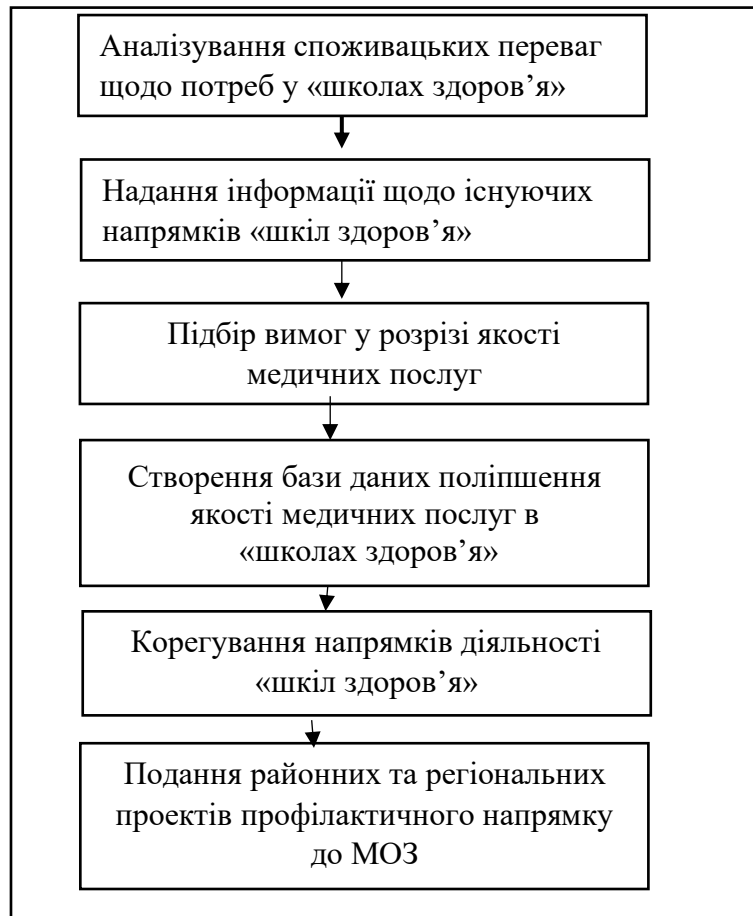


Рис. 1.1. Алгоритм функціонування та фінансування «шкіл здоров'я»

Профілактика в галузі охорони здоров'я вимагає першочергового матеріально-технічного і фінансового забезпечення. Втім кошти, які були інвестовані в профілактику обов'язково повернуться за рахунок економії на діагностичному та лікувальному напрямках.

Необхідно організувати центри підтримки здоров'я, які були б доступні для вільного користування пацієнтами. Соціологічна інформація та її аналізування дозволяє своєчасно оцінювати наявні проблеми в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу та оперативно реагувати на них. Система соціологічного моніторингу є основною умовою проведення аналізу виробничого середовища лікувально-профілактичного закладу при наданні медичних послуг. Вивчення оцінки медичним персоналом макро- та мікросередовища своєї діяльності стимулює подальше підвищення якості медичної допомоги населенню. Соціальний маркетинг в системі охорони здоров'я визначає поняття «здоров'я» як «споживчий продукт», який можна придбати в обмін на певні витрати та особисті зусилля [28,29].

Соціальний маркетинг тут не вирішує медичні завдання, а скоріше сприяє розумінню проблем, пов'язаних зі здоров'ям, спонукає людей вести здоровий спосіб життя. Виходячи з цього поняття, під соціальним маркетингом можна розуміти процес формування потреб та потреб населення у медичній допомозі.

Розуміння проблем соціального здоров'я – це не тільки й не так маркетингова проблема, як проблема соціального управління, проблема корпоративного управління персоналом, проблема міжособистісних комунікацій, проблема групового стилю та способу життя.

Соціальний маркетинг - це також процес, що спирається на віру в те, що для успішного впливу на поведінку людей потрібно більше ніж слова та/або регулюючі норми. Соціальний маркетинг - це процес, при якому:

- ви намагаєтеся «влізти в шкіру» споживача;
- у своїх діях відштовхуєтеся від уявлень споживача про власну вигоду та перешкоди для бажаної поведінки;
- постійно пам'ятайте про націлення;
- розробляєте стратегії боротьби з конкуруючими силами, які створюють привабливі вибори, зменшують бар'єри та збільшують вигоди конкуруючої поведінки, які мають цінність для аудиторії, і, в результаті, спонукають людей до дії;
- Використовуєте всі 4 «Р» «маркетинг міксу», щоб зробити процес зміни поведінки, що не викликає труднощів, цікавим і популярним [30,31,32].



## РОЗДІЛ 2

### ІНТЕГРАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### 2.1. Аналізування факторів зовнішнього і внутрішнього середовища Голопристанського ЦПМСД

Потреба в маркетинговому управлінні процесом надання якісної медичної допомоги сформувалася не тільки на рівні лікувально-профілактичних установ, а й державних органів управління охороною здоров'я, які все ширше використовують можливості маркетингового управління з метою вирішення питань соціального захисту населення.

Ринок послуг охорони здоров'я має певну специфіку. До специфічних властивостей ринку послуг охорони здоров'я можна віднести:

- вплив на динаміку попиту на медичні послуги тимчасового та сезонного факторів;
- залежність споживання медичних послуг від структури захворюваності населення даного регіону;
- великий вплив на процес надання медичної послуги особистих контактів медичного працівника і пацієнта;
- складність оцінки результативності медичної діяльності (різноспрямованість клінічної та економічної ефективності);
- нераціональна споживчу поведінку, що виявляється в тому, що пацієнт прагне отримати максимальний обсяг послуг.

Політичні фактори:

- Реалізація Національних проектів в галузі охорони здоров'я.

Соціальні фактори:

- Посилення тенденції прагнення населення до здорового способу життя.
- Зниження народжуваності поряд із зростаючою смертністю населення в Україні;
- Збільшення середнього віку населення.

Підвищення вимог клієнтів до якості й умов надання медичної допомоги.

Правові фактори:

- Посилення ролі держави в галузі надання медичних послуг.
- Удосконалення законодавства в галузі охорони здоров'я.

Економічні чинники:

• Зменшення платоспроможного попиту населення на медичні послуги.

- Збільшення витрат держави на охорону здоров'я.

• Підвищення конкуренції серед лікувальних установ в області платних послуг.

- Податкові пільги в сфері надання медичних послуг.

Технологічні фактори:

• Відкритий доступ до ринків медичного обладнання, закордонним інформаційним базам даних і баз знань.

- Доступ до медичних наукових розробок.

- Поява нових технологій і методик діагностики та лікування.

Географічні чинники:

• Концентрація платоспроможного попиту на медичні послуги в крупних населених пунктах.

• Територіальний принцип закріплення хворих за медичними установами.

Основні економічні показники галузі:

• вертикальної інтеграції немає. Присутня горизонтальна інтеграція за рахунок укрупнення поліклінічних районів.

• Вхідний і вихідний бар'єри високі або середні в залежності від виду послуг амбулаторних послуг.

- Темп технологічних змін високий.

• Продукція (послуги) ідентичні з конкурентами. Послуги конкурентів слабо індивідуалізовані технологічно, високо-індивідуалізоване за якістю і сервісне надання.

- Підприємство може використовувати ефект масштабу при здійсненні закупівель, у виробництві та маркетингу.

- Високий коефіцієнт використання високотехнологічного медичного обладнання та площ обумовлює ефективність діяльності медустанови. При цьому ступінь завантаження устаткування і площ не повинна знижувати якість надання медичних послуг.

- Потреба в капіталі висока;

- Галузі властива висока операційна рентабельність.

Оснoву маркетингового аналізу лікувально-профілактичного закладу становить якість медичної допомоги. На аналіз якості медичної допомоги спрямовано зовнішній, внутрішній та двосторонній маркетинг, який здійснюється підрозділами лікувально-профілактичного закладу. Для розробки комплексу заходів щодо підвищення рівня якості медичної допомоги необхідно проводити маркетингові дослідження, що включають правові, економічні, технологічні, фактори та побажання споживачів.

Застосування маркетингового аналізу діяльності лікувально-профілактичних установ у системі муніципального охорони здоров'я дозволить оптимізувати організаційно-функціональну структуру установ, раціональніше використовувати бюджетні кошти та кошти фонду обов'язкового медичного страхування при організації медичної допомоги населенню.

Одним з основних критеріїв якості медичної допомоги є задоволеність пацієнтів одержуваною допомогою. Для визначення задоволеності пацієнтів консультативно-діагностичної поліклініки нами було проведено опитування під час їх відвідування лікарів поліклініки. Більше половини респондентів (96,4%) склали жителі Голопристанського району, 1,2% - Херсонської області, 2,4% - жителі інших міст України. Питома вага пацієнтів, які звернулися в поліклініку за направленням лікувально-профілактичних установ, склав 39,4%. Середній вік жінок, які зверталися склав  $42 \pm 2,8$  року, чоловіків  $44 \pm 2,3$  року.

Аналізування даних показало, що регулярно, не менше півгодини в день, займаються фізкультурою тільки кожен десятий опитаний (13,1%), нерегулярно (з періодичністю 1-2 рази на тиждень) – 27,3%. Третина респондентів (32,4%) виконують фізичні вправи дуже рідко, а 30,4% взагалі не займаються фізкультурою. При цьому встановлено, що опитані чоловіки є більш фізично активнішими, ніж жінки. Так, серед них щодня виконують фізичні вправи 17,5% осіб, нерегулярно, але не менше 1-2 разів на тиждень – 39 %. У групі жінок величини аналізованих показників склали відповідно 8,6% та 24,3%. Не займаються фізкультурою 35,2% жінок. Цей показник у 1,8 раза перевищує такий серед чоловіків (19,3%).

Оцінюючи рівня фізичної активності серед респондентів різних вікових груп встановлено, що з найбільшою регулярністю фізкультурою займаються особи віком 70 років і старше (32 %). Серед респондентів, які звернулися в ЦПМСД, особи непрацездатного віку склали 34,8 %. Серед них особи до 30 років склали 12,8%. Серед опитаних пацієнтів, які пройшли обстеження та лікування в консультативно-діагностичній поліклініці на платній основі, переважали особи у віці від 30 до 50 років (58,0%). Серед даної групи респондентів 32,4% - службовці, 18,6% - робітники, 24,8% - пенсіонери, 9,2 % - студенти, 15,0 % - підприємці.

Близько третини пацієнтів (28, 1%) звернулися в поліклініку з приводу проходження діагностичних досліджень. Більше половини (58,2%) пацієнтів отримали комплексне медичне обстеження і медичну допомогу.

Пацієнти задоволені рівнем і швидкістю обслуговування в реєстратурі консультативно-діагностичної поліклініки (89,1%). Відзначили простоту і доступність інформації, отриманої від співробітників реєстратури 92,2% респондентів.

На прийом до лікаря в призначений час потрапили 70,8% опитаних, 12,1% респондентів очікували прийому менш 15 хвилин, 10,2% - від 15 до 30 хвилин, 6,9% - від 30 хвилин до однієї години. Більше половини (60,1%), які звернулися в поліклініку, реалізували свої потреби в медичній допомозі, більше третини (32,0%) реалізували частково і лише незначна частка

пацієнтів (7,9%) вважають, що їхні потреби не були задоволені. 72,8% респондентів відзначили високу матеріально-технічну оснащеність. Більше 90% пацієнтів в якості позитивних моментів організації лікувально-діагностичного процесу в поліклініці виділили поєднання комплексного обстеження та комфортних умов їх проведення.

Серед негативних явищ пацієнти консультативно-діагностичної поліклініки відзначили наявність черг (35,8%), незручний графік роботи фахівців (28,5%), недостатню увагу до пацієнтів з боку медичного персоналу (7,3%). Інші причини склали 28,4%, в тому числі незручний під'їзд, відсутність стоянки, відсутність необхідних фахівців. Більшість респондентів (73,8%) зазначили, що повністю задоволені не тільки результатами досліджень в ЦПМСД, а й встановленим порядком взаємодії з іншими лікувально-профілактичними установами. Респонденти відзначають точність і високий професіоналізм консультативних та діагностичних висновків і можливість комплексного обстеження. Головною причиною професійної незадоволеності є відсутність можливості обстеження в терміновому порядку (28,3%). Пацієнт не завжди має можливість записатися на всі необхідні консультації та дослідження, і змушений неодноразово відвідувати ЦПМСД з цією метою. Це в ряді випадків змушує пацієнтів відмовлятися від деяких обстежень і обмежуватися обсягом медичної допомоги, що надається за місцем проживання.

У ході маркетингового дослідження було виявлено ряд позитивних сторін діяльності ЦПМСД. Досягнуті позитивні умови дозволяють не тільки надавати населенню медичні послуги високої якості в даний час, але і є хорошою базою для подальшого розвитку лікувально-діагностичної та консультативної допомоги не лише пацієнтам з числа прикріпленого контингенту, а й пацієнтам, які направляються з інших лікувально-профілактичних установ району. Одним з переваг при зверненні пацієнтів в Голопристанський ЦПМСД є його зручне розташування і наявність сучасного лікувально-діагностичного обладнання. Розташування кабінетів лікарського прийому, діагностичної лабораторій в поєднанні з достатньою

за змістом інформації створює комфортні умови під час перебування пацієнтів в ЦПМСД при отриманні медичної допомоги.

Здійснення ефективної взаємодії між структурними підрозділами поліклініки при здійсненні консультативного, діагностичного та лікувального прийомів пацієнтів дозволяє уникнути дублювання досліджень, що створює можливість отримання кваліфікованої медичної допомоги при забезпеченні сервісного комфорту.

Таким чином, на ринку стандартизованих послуг для широких верств населення, де покупці не чутливі до цін, вірніше, ціна не може гнучко змінюватися, доцільно впровадження стратегії диференціації з широким охопленням ринку: диференціація за якістю послуг, доступності їх надання, створення високого іміджу поліклініки. Аналогічна стратегія прийнятна і для платної складової діяльності ЦПМСД: відвідування лікарів без декларації, спектр аналізів без направлення лікаря.

В рамках регулярного стратегічного управління Голопристанського ЦПМСД була обрана матриця якісного стратегічного аналізу - матриця SWOT, яка надає можливості прийняття рішення на підставі аналізу структурованого інформаційного поля. Інформаційне поле формується безпосередньо менеджментом лікувального закладу на підставі узагальнення та узгодження власного досвіду і бачення ситуації. При цьому відпадає необхідність у використанні потужних дорогих систем «кількісного» аналізу та залученні не менше дорогих експертів, які, гірше знаючи специфіку конкретного ринку і конкретного підприємства, можуть в умовах обмежень за часом і неповної інформації «нав'язати» неоптимальні рішення.

Таблиця 2.1.

## Маркетинговий аналіз діяльності Голопристанського ЦПМСД

СИЛЬНІ СТОРОНИ	СЛАБКІ СТОРОНИ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Статус державної установи. Імідж серед населення і співробітників інших лікувально-профілактичних установ;</li> <li>- Можливість комплексного обстеження за рахунок широкого набору лікувально-діагностичних методів;</li> <li>- Залучення додаткового фінансування за рахунок позабюджетної діяльності;</li> <li>- Зручне розташування, високий рівень оснащення лікувально-діагностичним обладнанням, прийнятні санітарно-побутові умови.</li> <li>- Високий стандарт якості</li> <li>- Наявність системи позитивної матеріальної і нематеріальні мотивації персоналу (можливість підвищення кваліфікації, система преміювання персоналу, заохочення наукової діяльності).</li> <li>- Висококваліфікований персонал,</li> <li>- Клієнтоорієнтованість молодшого і середнього персоналу</li> <li>- Хороша організація в порівнянні з середньогалузевими показниками</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Відсутність чіткого нормативно-правового регулювання при прийнятті управлінських рішень.</li> <li>- Відсутність у адміністрації права на свій розсуд розпоряджатися матеріальними і фінансовими ресурсами.</li> <li>- Відсутність можливості своєчасного оновлення обладнання і методик через обмеженість фінансових засобів.</li> <li>- Необхідність за рахунок коштів підприємницької діяльності покривати недоліки бюджетного фінансування</li> <li>- Слабка політика просування, обмежені інструменти мотивації персоналу</li> <li>- Немає можливості збільшення виробничої потужності;</li> <li>- Недостатньо розвинений маркетинг послуг</li> <li>- Мінімальна реклама</li> </ul>
МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- зростання ринку платних медичних послуг;</li> <li>- збільшення вимог пацієнтів в області доступності, <u>комфорту, якості</u> послуг, що надаються</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Посилення конкурентного середовища;</li> <li>- Нестабільність державної політики в області платної медицини;</li> <li>- Відсутність можливостей кредитування;</li> </ul>

Завдання колективу медичних працівників і адміністрації ЦПМСД полягає в збереженні позитивних сторін діяльності установи при зниженні впливу на лікувально-діагностичний процес негативних сторін, серед яких найбільш значущими є зниження важкодоступність, вишукування можливості оновлення обладнання і впровадження необхідних методик діагностичних досліджень і лікування.

Поряд з вирішенням цих завдань необхідно удосконалювати взаємодію як структурних підрозділів ЦПМСД, так і ЦПМСД з іншими

лікувально-профілактичними закладами міста як основної умови раціонального використання ресурсних можливостей установи.

Для визначення конкретних напрямків оптимізації взаємодії структурних підрозділів ЦПМСД та її взаємодії з іншими лікувально-профілактичними закладами району та області в ході маркетингових досліджень було визначено вплив зовнішнього середовища (зовнішній маркетинг), можливості взаємодії медичного персоналу ЦПМСД при здійсненні лікувально-діагностичного процесу (внутрішній маркетинг) і вплив задоволеності пацієнтів при отриманні медичних послуг (двосторонній маркетинг).

Як показали результати проведеного аналізу, оцінка пацієнтами умов і якості обслуговування в ЦПМСД досить висока, а рівень задоволеності пацієнтів, які отримали допомогу на платній основі практично не відрізняються. Пацієнти задоволені рівнем і швидкістю обслуговування в реєстратурі ЦПМСД (89,1%). Відзначили простоту і доступність інформації, отриманої від співробітників реєстратури 92,2% респондентів. На прийом до лікаря в призначений час потрапили 70,8% опитаних, 12,1% респондентів очікували прийому менш 15 хвилин, 10,2% - від 15 до 30 хвилин, 6,9% - від 30 хвилин до однієї години.

Більше половини пацієнтів (60,1%), які звернулися в консультативно-діагностичну поліклініку, реалізували свої потреби в медичній допомозі, більше третини (32,0%), реалізували частково і лише незначна частка пацієнтів (7,9%) вважають, що їхні потреби не були задоволені.

Як переваги консультативно-діагностичної поліклініки перед іншими лікувально-профілактичними установами 72,8% респондентів відзначили високу матеріально-технічну оснащеність. Більше 90% пацієнтів в якості позитивних моментів організації лікувально-діагностичного процесу в ЦПМСД виділили поєднання комплексного обстеження та комфортних умов їх проведення.

Серед негативних явищ пацієнти ЦПМСД відзначили наявність черг (35,8%), незручний графік роботи фахівців (28,5%), недостатню увагу до



пацієнтів з боку медичного персоналу (7,3%). Інші причини склали 28,4%, в тому числі незручний під'їзд, відсутність стоянки, відсутність необхідних фахівців.

В результаті аналізу зовнішнього середовища організації формується реєстр зовнішніх можливостей і загроз. Упорядкований список сильних і слабких сторін організації визначається на основі аналізу внутрішнього середовища організації.

Таблиця 1.2

## Стратегічні напрямки діяльності Голопристанського ЦПМСД

Стратегічні напрямки	
Напрямок маркетингової стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Підвищення впізнаваності бренду</li> <li>- Активний пошук платоспроможних замовників</li> <li>- Розширення мережі збуту</li> </ul>
Напрямок виробничої стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Освоєння нових видів медичних послуг з підвищеним рівнем споживчих властивостей;</li> <li>- Підтримка високого рівня якості послуг;</li> <li>- Оптимізація виробничих потужностей;</li> <li>- Оптимізація витрат;</li> <li>- Розширення можливостей аутсорсингу;</li> <li>- Збільшення частки виїзних послуг;</li> <li>- Вдосконалення організаційної структури</li> </ul>
Напрямок стратегії управління персоналом	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Безперервне навчання співробітників;</li> <li>- Вдосконалення системи мотивації та стимулювання праці;</li> <li>- Виявлення професійного потенціалу співробітників;</li> <li>- Підготовка резерву керівних кадрів і формування «золотого» фонду фахівців.</li> </ul>
Напрямок фінансової стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Мінімізація грошових потоків направляються на покриття дефіциту бюджету;</li> <li>- Скорочення дебіторської заборгованості;</li> <li>- Збільшення фонду розвитку до 15 відсотків від обороту;</li> <li>- Вдосконалення системи бюджетування.</li> </ul>
Напрямок інноваційної стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Скорочення термінів впровадження нових послуг</li> <li>- Ефективне використання фонду розвитку</li> <li>- Вдосконалення єдиної інформаційної системи</li> </ul>
Напрямок інформаційної стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вдосконалення єдиної інформаційної системи</li> </ul>

Формування оптимальної стратегії організації має бути погоджено з обох точок зору. На підставі послідовного розгляду всіх факторів SWOT-аналізу були прийняті рішення щодо коригування цілей і стратегій ЦПМСД (корпоративних, продуктових, ресурсних, функціональних, управлінських), які, в свою чергу, визначають ключові моменти діяльності. Стратегічні рішення пов'язані радше з зовнішніми, ніж з внутрішніми проблемами медустанови: особливо рішення, пов'язані з вибором номенклатури медичних послуг і охопленням сегментів ринку.

На підставі послідовного розгляду всіх факторів SWOT-аналізу були прийняті рішення щодо коригування цілей і стратегій ЦПМСД (корпоративних, продуктових, ресурсних, функціональних, управлінських), які, в свою чергу, визначають ключові моменти діяльності.

Стратегічні рішення пов'язані радше з зовнішніми, ніж з внутрішніми проблемами медустанови: особливо рішення, пов'язані з вибором номенклатури медичних послуг і охопленням сегментів ринку. Перераховані стратегічні напрямки, в інтегрованому впровадженні здатні суттєво підвищити конкурентні позиції Центру.

## **2.2. Маркетингова стратегія розвитку ЦПМСД на основі використання збалансованої системи показників**

Об'єднання різних напрямків контролю, тобто інструментів внутрішньої фінансової оцінки та статистичних звітів, з урахуванням інтересів пацієнтів і співробітників в ЦПМСД можливо через збалансовану систему показників (Balanced Score Card - BSC).

У BSC традиційні фінансові показники доповнені показниками операційними, пов'язаними з критичними факторами успіху установи. BSC охоплює чотири напрямки діяльності лікувального закладу: фінансову ефективність, надання послуг, внутрішні бізнес-процеси і здатність організації до навчання і росту.

Група показників «фінанси» аналізує діяльність організації за короткостроковими та довгостроковими фінансовими результатами. Показники групи «обслуговування покупців» характеризують відношення покупців до організації, а також рівень задоволення і утримання покупців. Індикатори «бізнес-процесів» відносяться до виробничої сфери і операційної статистики, такі як рівень виконання замовлень і собівартість одного замовлення. Остання складова характеризує здатність організації до навчання і росту, тобто якість управління її ресурсами і людським капіталом з прицілом на майбутнє. До групи входять такі показники як утримання працівників, темпи створення нових товарів. Усі вхідні в систему показники носять інтегрований характер.

Таблиця 1.3.

## Balanced Score Card ЦПМСД

А. Фінанси	Б. Клієнти	В. Процеси	Г. Потенціал
Оптимізувати витрати за рахунок не виробничих витрат	Поліпшити сервісне обслуговування клієнтів	Удосконалювати систему контролю за якістю та сервісне надання послуг	Скоротити час розробки нових послуг
	Підвищити задоволеність клієнтів якістю медпослуг	Впровадити принципи стандартизації надання послуг	Активізувати впровадження інноваційних технологій
Збільшити виручку за рахунок розширення частки ринку	Побудувати систему управління відносин з клієнтами	Розширити можливості аутсорсингу	Підвищити кваліфікацію базових співробітників
Збільшити рентабельність за рахунок оптимізації структури послуг			

Концепція бюджетування, орієнтованого на результат, передбачає розробку збалансованої системи показників, що характеризує ступінь досягнення цілей і виконання завдань, поставлених перед лікувальним закладом - суб'єктом бюджетного планування.

По суті, нова концепція ВООЗ за якістю систем охорони здоров'я - перехід від моделі, орієнтованої на хворобу до «холістичному підходу» - використовує основні принципи побудови BSC. Модель передбачає формування комплексу заходів щодо забезпечення якості системи охорони здоров'я щодо вдосконалення:

- організації обслуговування (стандарти, акредитація);
- фінансування (бюджетування, системи оплати);
- технічних характеристик (зовнішні системи забезпечення якості);
- клінічного навчання (навчальна програма, ліцензування, сертифікація, задоволеність громадян і пацієнтів);

Таким чином, збалансована система показників, орієнтована на фінансовий результат і зміцнення конкурентної позиції, вдосконалення внутрішніх процесів і перспективу розвитку організації є інструментом синтезу в рамках розробки стратегії лікувального закладу, вона дозволяє оцінити стан актуального стратегічного і оперативного планування, визначити напрямки, де існує необхідність в коригувальних діях [33,34-40].

BSC дає можливість управлінському персоналу лікувального закладу концентруватися на найбільш важливі показники і доводити їх до всіх виконавців, консолідувати дії всіх підрозділів установи в процесі розробки програм послідовних змін.

### **2.3. Удосконалення системи управління людськими ресурсами Голопристанського ЦПМСД на засадах внутрішнього маркетингу**

У сучасному уявленні під управлінням людськими ресурсами розуміється розробка і застосування в організації формальних систем, що забезпечують ефективне і продуктивне використання людських здібностей

для досягнення організаційних цілей. До нього відноситься вся діяльність щодо залучення, розвитку та утримання ефективної робочої сили. Дослідження показують, що ефективна система управління людськими ресурсами позитивно позначається на результатах діяльності організації, включаючи підвищення продуктивності праці і зростання фінансових показників [41,42].

У зв'язку зі стійким дефіцитом кадрів в галузі охорони здоров'я, система управління людськими ресурсами набуває особливого значення для лікувальних установ. На жаль, до теперішнього часу традиційна роль управління персоналом в лікувальних установах зводилася до того, щоб визначити, яка потреба підприємства у фахівцях того чи іншого профілю, найняти цих людей, навчити (відповідно до законодавства), вести облік трудових досягнень, просувати їх по службі, переміщувати тощо. Навіть участь в системі стимулювання і оплаті праці не входить, як правило, до компетенції кадрової служби лікувальної установи. Загалом, це чисто допоміжна служба, що займається головним чином наймом співробітників і оформленням їх особистих справ. Дійсне управління персоналом здійснюють керівники функціональних підрозділів. У багатьох лікувальних установах управління кадрами бере на себе завдання по контролю за дотриманням трудових договорів, займаються вирішенням трудових спорів. Таке уявлення про управління кадрами як про набір адміністративних функцій спирається на ідею раціональності організації ієрархії посад і службових обов'язків [43,44]. В сучасний час нестабільності і виражених управлінських змін в усіх сферах діяльності кадрова служба втратила свій чисто адміністративний характер і стала перед необхідністю бути провідником зусиль з досягнення конкурентного успіху. За словами Д. Берке, колишнього генерального директора Johnson & Johnson, «все наша конкурентна перевага знаходиться в головах наших людей». Стратегія управління людськими ресурсами в Голопристанському ЦПМСД базується на таких основних принципах:

- кожен керівник (будь-якої ланки) незалежно від займаної ним посади несе відповідальність за систему управління людськими ресурсами;
- працівники розглядаються як найважливіша конкурентна перевага організації;
- соціальна відповідальність установи щодо свого персоналу і в стосунках персоналу з пацієнтами затверджується як елемент корпоративної культури, спрямованої на формування стійкого позитивного іміджу організації.

У функції системи управління людськими ресурсами в ЦПМСД в даний час входять:

1. Найм і звільнення співробітників.
2. Розробка програм підвищення кваліфікації і розвитку персоналу.
3. Участь в розробці ефективних систем оплати праці і просування по службі.
4. Управління організаційним кліматом.

Основою кадрової політики Голопристанського ЦПМСД з найму персоналу є залучення на роботу кращих висококваліфікованих працівників на конкурсній основі і забезпечення ефективного використання їх трудового потенціалу. Розробка програм підвищення кваліфікації персоналу (в тому числі і отримання додаткової вищої освіти) будується спільно з керівниками всіх рівнів. Керівництво приймає найактивнішу участь в процесах найму і вивільнення персоналу.

На особливу увагу заслуговує нова для управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я функція участі в розробці ефективних систем оплати праці і просування по службі. Визначальну роль у відсутності ініціативи з боку лікарського персоналу і, перш за все лікарів загальної практики як базової ланки поліклініки, в розширенні обсягу власної діяльності грало відсутність адекватного матеріального стимулювання за якість і обсяг роботи.

Надаючи переважно терапевтичну допомогу, орієнтовану на діагностику і лікування, персонал загальної практики не був матеріально

зацікавлений в профілактичних заходах, розвитку нових медичних технологій і, як наслідок, не ніс належної відповідальності за здоров'я територіального населення.

Зміна організаційних структур і, як результат, поява нових методів менеджменту, в яких акцент робиться на обміні інформацією, участі працівників в управлінні, навчанні і роботі в командах, призвело до виникнення нових підходів до управління людськими ресурсами.

Базовою умовою діяльності щодо управління людськими ресурсами поліклініки є диференційована оплата праці співробітників, при формуванні якої використовуються елементи відкритого управління. При розподілі фонду оплати праці, в тому числі позабюджетних фінансових коштів, на заробітну плату персоналу мають бути спрямовані гнучкі стимулюючі системи. Використовуються критерії обсягу (інтенсивності праці), якості, медичної результативності, задоволеності пацієнтів і виконавська дисципліна працівників.

З метою створення адекватної та «прозорої» системи оцінки результатів виконаної роботи в ЦПМСД був впроваджений і вдосконалений персоніфікований комп'ютерний облік навантажень і витрат по кожній територіальній ділянці, що передбачає детальний аналіз роботи загальнолікарських практик на рівні окремої медичної послуги.

Для оцінки роботи загальнолікарських практик використовуються рівневі (в залежності від коефіцієнта складності ділянки), а не абсолютні показники, так як, незважаючи на територіальну близькість, кожна лікарська дільниця має нерівнозначний склад населення (статеві-віковий, пільговий, соціальний, за ризиками захворюваності) і різну віддаленість від поліклініки.

Для зручності використання в аналітиці кожній лікарській ділянці присвоєна певна категорія складності залежно від зазначених показників. З урахуванням категорії ділянки проводиться оцінка діяльності загальнолікарських практик за різними критеріями - вводяться поправочні коефіцієнти.

В рамках відкритого управління співробітники лікувального закладу отримують відкритий доступ до циклу фінансового контролю. Відкрите управління має продемонструвати яким чином праця працівника вписується в картину загального стану організації та впливає на її фінансове майбутнє. Крім того, відкритий менеджмент означає пряму залежність рівня оплати праці співробітників від успіхів компанії в цілому. Знаючи, що ховається за фінансовими показниками і коефіцієнтами, вони починають розуміти взаємозалежність і важливість кожної функції [49]. Якщо працівники отримують стільки, скільки напрацьовують, у них з'являється відчуття відповідальності за результати праці всієї команди або відділу, а не тільки за свою роботу. Крім того, розвиваються міжфункціональні комунікації і співробітництво. Відкритий менеджмент показує працівникам, чому висока продуктивність настільки важлива для успіху організації.

Важливою функцією системи управління людськими ресурсами є вивчення загальної атмосфери і настроїв в колективі, розвиток корпоративної культури. Організаційні процеси і процедури повинні бути спрямовані до створення атмосфери, сприятливої для безперервного поліпшення результатів діяльності. Істотним елементом у формуванні корпоративної культури і лояльності персоналу є наявність різних соціальних програм в ЦПМСД, що поліпшують добробут співробітників і членів їх сімей (фінансуються за рахунок позабюджетних джерел). Практикуються щорічні опитування персоналу (анонімне анкетування), завданням яких є оцінка рівня задоволеності працівника, джерел напруги і конфліктів, виявлення заходів щодо їх усунення. Протягом останніх 5 років відсоток задоволеності працівників загальним організаційним кліматом підвищився незначно: з 69 до 72%.

Важливою обставиною в оцінці співробітників є загальні негативні тенденції у формуванні іміджу працівників охорони здоров'я: професія лікаря і медсестри, завдяки засобам масової інформації, є в суспільній свідомості не тільки «непрестижною», а й негуманною. Діагностика показала, що всі психологічні характеристики лікарів Голопристанського



ЦПМСД свідчать про достатньо високий рівень емоційної лабільності, особистісної тривоги, яка постійно посилюється за рахунок додаткової ситуативної тривоги; середній рівень нейротизму (емоційної стабільності-лабільності) по робочій групі - 14,7 балів, при максимумі 24, тобто рівень тривожності і емоційної нестабільності вище середнього. Є група ризику, емоційна нестабільність якої і відповідно неврівноваженість, перепад емоційного фону і тривожність в ній вище середнього. Ця тривога проявляється в роботі, спілкуванні, спільній діяльності; призводить до посилення емоційної нестабільності, підвищеним вимогам до себе і веде до емоційного вигорання. Середній рівень інтроверсії-екстраверсії по групі дорівнює 10 балам (при максимумі 24 бали). Це характеризує загальний рівень спілкування як амбівертний, що означає наявність професійної майстерності, що характеризується гармонійним поєднанням емпатійного слухання із середнім (достатнім для роботи з пацієнтом) рівнем товарищескості лікаря.

Результати по професійно важливим умінням і навичкам лікарів Голопристанського ЦПМСД: найменше, на думку самих лікарів, у них виражена емоційно-вольова регуляція - (80%); трохи вище: мова і культура спілкування - (82%). Уміння входити в контакт - 84%; вміння вести діалог і сприйняття і зберігання інформації досягли 85%; переробка інформації - 87%.

Найвищий рівень розвитку професійно-психологічних умінь, на думку випробовуваних, досягає вміння лікаря впливати на пацієнта – це 88%. Важливо підкреслити, що вміння впливати на пацієнтів характеризує високий рівень комунікативної компетентності лікаря. Виходячи з результатів психодіагностичного дослідження, важливо наголосити на необхідності підвищення у лікарів рівня емоційно-вольової регуляції, для чого в Голопристанському ЦПМСД на постійній основі проводяться семінари-тренінги на асертивність (впевненості) поведінки.

В діючому семінарі-тренінгу використовуються напрямки роботи, що сприяють навчанню особистісно орієнтованим навичкам профілактики

емоційного, мотиваційно установочного вигорання, а також формуванню толерантності до фрустрації і досягненню збалансованості якісного життя самих лікарів. Тільки сформувавши ці професійні вміння лікарі зможуть зберігати своє психологічне здоров'я, хорошу фізичну форму, а головне якісну мотивацію до роботи протягом усього періоду трудової діяльності.

Окремим напрямком діяльності Голопристанського ЦПМСД є проведення семінарів-тренінгів для керівників підрозділів «Психологічний супровід роботи керівника: шляхи підвищення соціально-психологічної компетентності як засобу профілактики синдрому емоційного вигорання». Керівництвом поліклініки перед організаторами навчального семінару була поставлена задача підвищення психологічної компетентності керівників підрозділів лікувального закладу, яка повинна включати інформацію про вербальні і невербальні компоненти мови, розвиток професійно-важливих якостей, вдосконалення ефективності ділового спілкування, з метою профілактики синдрому емоційного вигорання. Була проведена діагностика рівня сформованості колективу, психологічний аналіз ціннісно-орієнтаційної єдності; вивчення самооцінки, її місця і ролі в діяльності керівників; дослідження синдрому емоційного вигорання, ступінь його вираженості, кількісний і якісний аналіз даного синдрому в досліджуваній групі. Крім того, програма включала і вироблення соціально і медико-психологічних рекомендацій щодо збереження психологічного здоров'я учасників, розвиток навичок конструктивної поведінки в емоціогенних професійних і життєвих ситуаціях.

Соціально-психологічна діагностика дала підставу для наступних висновків:

- в керівництві підрозділів поліклініки переважає гнучкий стиль з виразністю авторитарного підходу, з елементами демократичного стилю, з досить високим ступенем вимогливості і хорошою організацією спільної діяльності;

- усвідомлення значущості своєї діяльності у керівників підрозділів, виконуваної з високим ступенем відповідальності, старанності, свідомістю громадського обов'язку, творчим підходом до вирішення проблем і завдань;

- адекватна самооцінка з тенденцією до завищення, що є показником, що характеризується наявністю у керівників підрозділів мотиву досягнення успіху, а не мотиву уникнення невдач;

- наявність синдрому психічного вигорання: середній рівень емоційного виснаження (почуття спустошеності і втоми, викликане роботою; проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, втрати інтересу до навколишнього, байдужості або емоційному перенасичення, в прояві агресивних реакцій, спалахи гніву, симптомом омов депресії); середній рівень деперсоналізації (цинічне ставлення до пацієнтів, колег, партнерів, яке передбачає негуманне ставлення); низький рівень редукції особистісних досягнень (виникнення у співробітників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, хронічної незадоволеності роботою).

Всі результати діагностики синдрому емоційного вигорання в досліджуваній групі рівні низьким і середнім значенням, що говорить про наявність почуття компетентності в професійній сфері, а також відповідального і конструктивного ділового спілкування в більшості професійних ситуацій.

Таким чином, в системі управління людськими ресурсами на рівні районної поліклініки простежуються елементи сучасної концепції управління людськими ресурсами. Однак, жорстке вертикальне адміністрування в галузі, прив'язування заробітної плати до нормативів посад і спеціальностей в охороні здоров'я, обмежені можливості застосування кадрового аутсорсингу і консалтингу і, нарешті, негативний імідж медпрацівника, сформований пресою в останні роки, не дає можливості безлічі працівників до самореалізації через виконання своїх обов'язків.

Впровадження методики економічного стимулювання працівників і диференціювання оплати праці за кінцевим результатом дозволяє не тільки підвищити рівень заробітної плати персоналу і укомплектувати штати поліклініки, але, перш за все, домогтися медико-соціальної результативності роботи, обумовленою високою відповідальністю за здоров'я населення лікарсько-сестринських бригад загальної практики, активним використанням в роботі багаторівневої системи профілактики та ресурсозберігаючих технологій.

В рамках розробки і впровадження системи менеджменту якості поліклініки був розроблений протокол «Управління персоналом», що встановлює вимоги системи менеджменту якості (СМЯ) поліклініки до процесу «Управління персоналом». Основними напрямками вимог є: визначення потреби ЦПМСД в кадрових ресурсах; організація підбору персоналу; планування та проведення навчання персоналу; атестації персоналу.

Програми загального управління якістю стали неодмінною умовою конкурування на сучасних ринках, вони стали «правом на вхід», без якого не можна й подумати про успішну діяльність будь-якого, в т. ч. і медичного підприємства. Перешкодами і проблемами на шляху забезпечення якості систем охорони здоров'я є: опір («бар'єри мислення»), недостатня координація зусиль, брак мотивації, дефіцит ресурсів.

Завдяки соціальній політиці держави очікування пацієнтів значно завищені, задоволеність населення якістю надання медичної допомоги щорічно знижується (за даними за 2020 рік - 34%). За рівнем декларованих державних зобов'язань в сфері охорони здоров'я Україна знаходиться попереду багатьох країн з розвиненою ринковою економікою, а за часткою особистих витрат населення в сукупному обсязі витрат на медицину - на рівні країн, що розвиваються з низьким подушовим доходом.

Надмірні державні зобов'язання стримують побудову раціональної системи економічних відносин в охороні здоров'я. Однак не можна не брати до уваги наростаючу в останні роки тенденцію маргіналізації населення:

формування величезного пласту громадян, що потрапив в категорію бідних. Саме цей контингент є основним споживачем медичних послуг на муніципальному рівні. І заходи щодо поліпшення здоров'я, орієнтовані на середній клас, не можуть принести відчутних результатів малозабезпеченим людям.

У 2017 році було проанкетовано 320 респондентів, в 2018 році - 480, в 2019 і 2020 роках - по 450 пацієнтів. У 2019 р. зміст анкети було дещо змінено: додані питання про вік, стать і соціальний статус пацієнтів для більш диференційованої роботи з різними категоріями громадян.

Скоротилася кількість пацієнтів, незадоволених розкладом роботи лікарів і системою запису на прийом до лікаря. Це пов'язано і з підвищенням укомплектованості ЦПМСД лікарями загальної практики та лікарями - фахівцями. Були проаналізовані анкети пацієнтів поліклініки, не задоволених наданням медичної допомоги. Причини незадоволеності і пропозиції пацієнтів зі зміни в діяльності поліклініки були розділені на 2 групи.

Перша група - причини, на які можна вплинути адміністративними заходами, змінами в кадровій політиці та ін. Силами ЦПМСД. Друга група - причини, на які можливість впливу адміністрації Голопристанського ЦПМСД є обмеженою. Треба відзначити, що в 2020 році серед пропозицій пацієнтів не було таких, які порушують законодавства, права людини тощо (наприклад, в 2019 році пропонувалося розділити прийом пацієнтів в лабораторії поліклініки за віком).

Після аналізу було розроблено заходи щодо підвищення задоволеності пацієнтів.

Перша група. Найбільш часто пацієнти вказували:

- тривале очікування діагностичних досліджень - 78% з усіх незадоволених. У порівнянні з 2017 роком відсоток пацієнтів, які вказували дану причину, виріс на 6%;
- не уважне ставлення з боку медичного персоналу - 72%. У порівнянні з 2017 роком відсоток пацієнтів, які вказували дану причину,

виріс в три рази. Пацієнти відзначають некоректне ставлення з боку працівників реєстратури, а також з боку технічного персоналу - гардеробниця і санітарок;

- тривале очікування прийому лікаря - 43%. У порівнянні з 2017 р. відсоток пацієнтів, які вказували дану причину, зменшився в 2,4 рази;

- незручну систему запису на прийом до лікаря - 23%. У порівнянні з 2017 роком відсоток пацієнтів, які вказували дану причину, зменшився в 4 рази. Пацієнти різного віку відзначають, що хотіли б мати можливість записуватися на прийом до лікаря через домашній комп'ютер або термінал в поліклініці; відзначають, що в поліклініці немає постійного помічника для запису на прийом до лікаря через термінал.

- незручний розклад роботи лікарів - 5%. У порівнянні з 2017 роком відсоток пацієнтів, які вказували дану причину, зменшився в 9,6 разів.

Серед пропозицій пацієнтів з першої групи можна відзначити наступні:

- додатково прийняти в поліклініку кардіолога, пульмонолога і гастроентеролога (висока затребуваність таких фахівців) - пропонують 11 пацієнтів середнього і похилого віку (13% незадоволених).

- збільшити кількість посадкових місць очікування в поліклініці. Пропозиція висловлюють пацієнти похилого віку - 4 людини (4,8% незадоволених).

- відновити роботу вантажного ліфта для транспортування інвалідних колясок. Пропозиція від 4 чоловік похилого віку (4,8%).

Найбільш часто зустрічаються пропозиції пацієнтів з другої групи:

- збільшити час прийому у лікарів - 19 осіб (23% серед всіх незадоволених).

- збільшити видачу безкоштовних ліків - 10 осіб похилого віку (12%).

- організувати в поліклініці безкоштовні стоматологічні послуги - 3 людини середнього та похилого віку (3,6%).

За результатами аналізу анкет в Голопристанського ЦПМСД були розроблені заходи для підвищення задоволеності пацієнтів:

За першою групою причин незадоволеності:

- призначити відповідальних осіб з числа працюючих у регістратурі щодо запису до лікарів через термінал. Адаптувати «Інтернет - запис» на прийом до лікарів поліклініки до потреб пацієнтів.

- включити в планову роботу комісії з етики Голопристанського ЦПМСД і програму психологічних тренінгів для медичних реєстраторів, санітарок та іншого персоналу.

Незважаючи на істотну різницю в обсягах охоплення респондентів протягом 2017-2020 рр., структура оцінки якості медичної допомоги в Голопристанському ЦПМСД залишається стабільною протягом останніх 4 років. Оцінка якості роботи ЦПМСД «відмінно» і «добре» на протязі досліджуваних 4 років коливається від 1,2 % до 1,55 % («відмінно») і від 31,8% до 35% («добре»).

Високий відсоток задоволеності пацієнтів якістю роботи поліклініки 2017 року (83,75%) можна пояснити зниженням лояльності громадян до охорони здоров'я в цілому протягом останніх 5-6 років (формування засобами масової інформації негативного іміджу медпрацівника). Безумовно, більш достовірні результати могли бути отримані при інтерв'юванні незалежними фахівцями: незважаючи на анонімність анкет, опитування, проведене медпрацівниками, дає певну частку «позитивної» похибки. Крім того, частина негативно налаштованих пацієнтів систематично відмовляються від анкетування.

Однією зі складних проблем в охороні здоров'я є недостатня інформованість споживача медичних послуг. Найважливішими умовами здійснення ринкової угоди є, з одного боку, повна інформованість споживача щодо ціни, обсяг і якість придбаних благ, з іншого - незалежність дій виробників і споживачів, тобто їх вільна взаємодія на ринку. В охороні здоров'я ці умови, як правило, не дотримуються, так як хвора людина, як споживач медичних послуг, не володіє тими знаннями, які дозволяли б йому

оцінити обсяг, ціну і якість придбаних послуг і на відміну від звичайних ринків, в охороні здоров'я виробник, а не споживач визначає обсяг наданих благ.

Недостатня інформація пацієнта в поєднанні з особливою роллю медиків у визначенні обсягу і структури медичних послуг зумовлює значні структурні диспропорції і зловживання в охороні здоров'я. Проблема «нав'язаного» попиту особливо актуальна при гонорарному способі фінансування. В амбулаторній ланці – це оплата по відвідинах, в тому числі і з позабюджетної діяльності. Уникнути необмеженого зростання медичних послуг, на нашу думку, можливо тільки при жорсткій системі контролю (параметри включені в індикатори якості ЦПМСД). В іншому випадку сьгоднішнє збільшення доходів установи може спровокувати різке зниження іміджу поліклініки в середньостроковій і навіть короткостроковій перспективі.

Підтримка лояльності співробітників в процесі залучення і утримання пацієнтів, створення споживчих цінностей і вигод на рівні лікувального закладу є пріоритетним завданням менеджерів.

Формування споживчих цінностей в базовому закладі засновано на покроковій роботі щодо поліпшення якості, досягнення кінцевої мети - нульового рівня дефектів в наданні медичних послуг. Контроль якості не є прерогативою спеціалізованих відділів, а стає частиною повсякденної роботи кожного співробітника. Попереджувачий контроль полягає в навчанні працівників методам профілактики, а не виявленні дефектури. Працівники наділяються повноваженнями і несуть відповідальність за те, щоб виправити помилки і виявляти, а не приховувати виникаючі проблеми, брати участь у прийнятті рішень. Можливість вирішувати, яким чином повинна корегуватися система оплати праці (стимулюючі виплати) збільшує мотивацію персоналу за рахунок причетності до управління.



## ВИСНОВКИ

1. Розроблений алгоритм стратегічного управління ЦПМСД, заснований на аналізі зовнішнього та внутрішнього середовища організації, проведення SWOT-аналізу та використання збалансованої системи показників дає можливість реалізації сучасних концепцій менеджменту на базі лікувального закладу. Збалансована система показників, орієнтована на фінансовий результат та зміцнення конкурентної позиції, вдосконалення внутрішніх процесів та перспективу розвитку організації, є інструментом синтезу в рамках розробки стратегії лікувального закладу, що дозволяє оцінити стан актуального стратегічного та оперативного планування.

2. Стратегія оптимізації організаційної структури ЦПМСД повинна передбачати використання адаптивних організаційних структур (венчурні команди) і командного будівництва. Необхідною умовою ефективності проектних, матричних і крос-функціональних структур є зміни взаємин між підрозділами лікувального закладу, при збереженні систем планування, контролю, розподілу ресурсів, стилю керівництва, методів мотивації персоналу результати впровадження таких структур можуть бути негативними. При існуючій складній системі охорони здоров'я в лікувальних установах повинні експлуатуватися, в залежності від ситуації, одночасно кілька варіантів організаційних структур.

3. Грунтуючись на практичному досвіді реформування структури Голопристанського ЦПМСД, можна рекомендувати принципи організаційного навчання та управління технологічно орієнтованим робочим місцем як базової складової розвитку загальнолікарської практики - основного ресурсного потенціалу первинної ланки охорони здоров'я. Головними умовами безперервного організаційного навчання є командна структура, делегування працівникам частини повноважень і усупільнення інформації. Електронні зв'язки та мережі визначають «архітектуру» сучасної

організації, тому впровадження підходу до управління інформацією у вигляді системи ресурсного планування, що об'єднує основні бізнес-функції, є актуальним для ЦПМСД.

4. Рекомендується поширення досвіду впровадження принципів соціального маркетингу, шкіл терапевтичного навчання пацієнтів з хронічними захворюваннями і шкіл здоров'я в профілактичній роботі амбулаторно-поліклінічного відділення. В рамках існуючого бюджетного фінансування лише скорочення тривалості робочих циклів, включаючи усунення бар'єрів між робочими етапами, а також ігнорування малозначних ланок може істотно змінити структуру наданої амбулаторно-поліклінічної допомоги в напрямку профілактичного пріоритету, що в середньостроковій перспективі може принести відчутний медико-економічний ефект.

5. Як інструмент внутрішньої фінансової оцінки та статистичних звітів, що об'єднує різні напрямки контролю рекомендується використання збалансованої системи показників (BSC), в якій традиційні фінансові показники доповнені показниками операційними, пов'язаними з критичними факторами успіху установи. Управління взаємопов'язаними напрямками і як системою сприяє результативності та ефективності діяльності ЦПМСД при досягненні її глобальних цілей.

6. Стратегія кадрового менеджменту, базовою складовою якого є вдосконалення оплати праці персоналу за кінцевим результатом, управління знаннями та управління організаційним кліматом, може бути рекомендована для впровадження в практику діяльності амбулаторно-поліклінічних установ як основа для управління кадровими ресурсами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ершов Д. Л. Разработка проектов стратегического партнерства государства и бизнеса в здравоохранении / Д. Л.Ершов // Государственно-частное партнерство. – 2015. – Том 2. – № 2. – С. 75–86.
2. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення: монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
3. Бенько І. Д. Методика обліку фінансовогосподарської діяльності закладів охорони здоров'я. Причорноморські економічні студії, 2018. Вип. 27(2). С. 121125. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2018\\_27%282%29\\_\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2018_27%282%29__23)
4. Бетлій О. Аналіз планування бюджетних видатків на прикладі запитів Міністерства охорони здоров'я. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. К.: 2016. 35 с. URL : [http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy\\_papers/IER/2016/MOZ\\_budget\\_ef\\_ficiency\\_IER\\_GIZ.pdf](http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_papers/IER/2016/MOZ_budget_ef_ficiency_IER_GIZ.pdf)
5. Бетлій О. Ефективність видатків Міністерства охорони здоров'я України: аналіз бюджетних запитів. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. Київ, 2016. 24 с. URL : [http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy\\_papers/IER/2016/MOZ\\_budget\\_ef\\_ficiency\\_IER\\_GIZ.pdf](http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_papers/IER/2016/MOZ_budget_ef_ficiency_IER_GIZ.pdf)
6. Білик О. І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України. Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова, 2014. Вип. 2/5. Т. 19. С. 105109.
7. Центр медичної статистики МОЗ України. Електронний ресурс: <http://medstat.gov.ua/ukr/medkadru.html>
8. Боронос В.Г., Остріщенко Ю. В. Сучасні реалії планування та виконання видаткової частини місцевих бюджетів. Механізм регулювання економіки: міжнародний науковий журнал. Сумський держ. унт; Центр

економ. досліджень; Сумська обл. громад. організація Акад. підприємництва і менеджменту України, Суми: 2014. № 1 (63). С. 8798.

9. Янчак Я. досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. *Scientific Notes of Lviv 89 University of Business and Law*, 2018. № 19, 168173. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/67>

10. Прасол В.П. Аналіз ринку недержавних медичних послуг в Україні. Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2019. Вип. 2 (65). ). С. 183-190.

11. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(3), 1–188 218. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/FranceHiT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/FranceHiT.pdf?ua=1)

12. Keeling D. Central Training in the Civil Service: Some General Issues. *Public Administration*. 1972. Vol. 50, No 1. P. 1–17. URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9299.1972.tb00078.x>

13. Paul V. Dutton. Health care in France and the united states:learning from each other. 17 December 2015. URL: <http://www.brookings.edu/fp/cusf/analysis/dutton.pdf>

14. . Роль приватної медицини в реформі охорони здоров'я України. URL : [https://apmi.com.ua/pruvatna\\_meducuna\\_v\\_reformi\\_oxoronu\\_zdodovja](https://apmi.com.ua/pruvatna_meducuna_v_reformi_oxoronu_zdodovja)

15. . Системы здравоохранения. Проект глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030. ВОЗ. 2015. URL : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_36-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_36-ru.pdf)

16. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. URL : <http://www.inliberty.ru/library/study/1392/#ref135>

17. Урсол Г. Скрипник О., Василенко О. Приватний сектор системи охорони здоров'я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги : досвід Кіровоградської області. *Буковинський медичний вісник*. 2014. Т. 18, № 4 (72). С. 177–181.

18. Фігун Н.В., Дзелендзяк Ю.А. Імітаційне моделювання зовнішньої та внутрішньої логістики медичного закладу. *Маркетинг та*

логістика в системі менеджменту: матеріали XI Міжнар. наук.практ. конф. до 200 річчя Львівської політехніки (Львів, 3—5 листопада 2016 р.). Львів, 2016. С. 171—177. URL: [http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/34878/1/27\\_171177.pdf](http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/34878/1/27_171177.pdf) (дата звернення 23.12.2020)

19. Медяник Д.І., Липчанський В.О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. Вип.19. С. 22—29.

20. Стовбан М.П., Стовбан І.В. Механізм взаємодії обласної та районної клінічної лікарні в межах одного госпітального округу. Наукові перспективи. 2020. № 1 (1). URL: [https://doi.org/10.32689/2708\\_7530\\_2020\\_1\(1\)102\\_118](https://doi.org/10.32689/2708_7530_2020_1(1)102_118) (дата звернення 23.12.2020).

21. Шкільняк М. М. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи / М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна, О. П. Дудкіна, Т. М. Попович, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна // Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2018. Вип. 4. С. 168-180. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu\\_2018\\_4\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2018_4_18).

22. Рожелюк В.М., Денчук П.Н. Концептуальні основи обліково-аналітичного забезпечення системи менеджменту підприємства. Сталий розвиток економіки. 2013. № 1. С. 270-274

23. Лимешко О. Аналіз руху медичного персоналу з метою оптимізації використання трудових ресурсів. Оплата праці та кадровий облік, 03.10.2019. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/knp-26-oplata-trudoviy-oblik-84-analiz-dvizheniya-medicinskogopersonala-v-celyax-optimizacii-ispolzovaniya-trudovykhresursov>

24. Проценко Т. Комунікаційні канали та засоби задоволення інформаційних потреб сімейних лікарів. Вісник Книжкової палати. 2013. № 10. С. 24-27. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkp\\_2013\\_10\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkp_2013_10_8).

25. Долбнєва Д. В., Гончарук С. М. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного

потенціалу охорони здоров'я в Україні. Проблеми економіки. 2016. № 3. С. 46-52. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pecon\\_2016\\_3\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pecon_2016_3_7).

26. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналіт. доп. Київ : НІСД, 2012. 35 с

27. Карамішев Д.В., Федак Н.М. Реалізація державної політики щодо професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я. URL: [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vamsu\\_du/2011\\_1/Kar\\_Fed.htm](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vamsu_du/2011_1/Kar_Fed.htm)

28. Князевич В.М. Медична галузь потребує системних змін : збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ, 2008. С. 5–7.

29. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3(57). С. 162–168. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

30. 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]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

31. Солоненко І.М., Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10simsoz.pdf>.

32. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>

33. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 17.11.2020).

34. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 27.11.2020)

35. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ, 2020. № 1-2.

36. Бондарєва Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: дис. ... канд. наук з держ. упр. Івано-Франківськ, 2014 . 263 с. URL: [https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva\\_dis.Pdf](https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.Pdf)
37. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис. ... канд. наук з держ. упр. Запоріжжя, 2019. 23 с. URL: [https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva\\_dis.Pdf](https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.Pdf)
38. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Вип. 2(29). С. 143–146.
39. Лазоришинець В., Слабкий Г., інші. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2014. 312 с.
40. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України: проект «Популярна економіка: моніторинг реформ (№ 8) 12. 12. 2012 року: Місячний звіт. URL: [https://eba.com.ua/static/members\\_reviews/Case\\_Study\\_1\\_2013\\_ukr.pdf](https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf).
41. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. Державне управління та місцеве самоврядування. 2014. Вип. 1(20)
42. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон.вид.
43. № 11 2018, 30.11.2018. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.
44. Rechel, B. et. al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health policy and planning 2012. Pp. 281–287.
45. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах / В. В. Данько // Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія :

Економіка і управління. - 2019. - Т. 30(69), № 2. - С. 102-110. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU\\_econ\\_2019\\_30\(69\)\\_2\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30(69)_2_22).

46. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування / О. О. Коломієць // Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". - 2018. - № 15. - С. 18-27. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi\\_2018\\_15\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5)

47. Соловійова О.М. Доступність медичної допомоги. Юридичний науковий електронний журнал. 2017. № 4. С. 109-112. URL: [http://lsej.org.ua/4\\_2017/30.pdf](http://lsej.org.ua/4_2017/30.pdf) (дата звернення: 28.04.2020).

48. Шушпанов Д.Г. Доступність та якість медичних товарів та послуг в Україні: соціально-економічний аспект. Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. 2018. № 23. С. 118-124.

49. Digital healthcare predictions for 2020. URL: <https://www.medicaldirector.com/news/future-of-health/2020/02/7-digital-healthcare-predictions-for-2020>

50. Комітет з питань охорони здоров'я провів засідання «круглого столу» на тему: «Законодавчі ініціативи парламентського Комітету з питань охорони здоров'я з адаптації системи охорони здоров'я до європейських стандартів»: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rada.gov.ua/fsview/145833.html>

51. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799](http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799)

52. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>



53. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

54. Мачуга Н. З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н. З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8. – С. 202,

55. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada, Ottawa, 1974

## Додаток А

### Анкета

#### для пацієнтів Голопристанського ЦПМСД

1. У ЦПМСД медична допомога надається оперативно та в повному обсязі (так, ні).
2. У ЦПМСД уникають помилок та неточностей при наданні медичної допомоги (так, ні).
3. До пацієнтів у ЦПМСД використовується індивідуальний підхід (так, ні).
4. Співробітники поліклініки виявляють участь у вирішенні проблем пацієнтів (так, ні).
5. У відносинах із родичами персонал поліклініки ввічливий і уважний (так, ні).
6. Години роботи фахівців зручні для пацієнтів (так, ні).
7. Між пацієнтами та медичним персоналом існує атмосфера довіри та взаєморозуміння (так, ні).
8. У поліклініці працює професійно підготовлений медичний персонал (так, ні).
9. Медичний персонал оперативно реагує на прохання пацієнтів (так, ні).
10. Консультативно-діагностична поліклініка має достатньо сучасне лікувально-діагностичне обладнання (так, ні).
11. Умови знаходження в поліклініці (інтер'єр приміщень, санітарно-гігієнічний режим) у належному стані (так, ні).
12. Інформація про роботу поліклініки та медичного персоналу приваблива, в достатньому обсязі та доступна для розуміння (та ні).
13. Медичний персонал дисциплінований та охайно одягнений (так, ні) .
14. Чи знаєте Ви вартість діагностичних досліджень?
  - знаю вартість усіх досліджень;
  - знаю вартість більшості досліджень;

- важко відповісти;

- не знаю.

15. Чи доцільне спільне обговорення призначених методів дослідження та їх результатів?

- так;

- ні;

- важко відповісти.

16. Чи берете Ви участь у спільному обговоренні призначених методів дослідження та їх результатів?

- так;

-ні;

-іноді.



**Додаток Б**  
**Дані про лікарські кадри системи МОЗ України \***

Адміністративні території	2019 Штатні лікарські посади - всього	2020 Штатні лікарські посади - всього	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Зайняті лікарські посади - всього	2020 Зайняті лікарські посади - всього	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Число лікарів фізичних осіб	2020 Число лікарів фізичних осіб	Різниця між 2020 р. і 2019 р.
<b>Україна</b>	<b>187 972,75</b>	<b>181 897,75</b>	<b>- 6 075</b>	<b>163 281,75</b>	<b>154 365,25</b>	<b>-8 916,50</b>	<b>154265</b>	<b>147 361</b>	<b>-6 904</b>
Вінницька	7 722,25	7 678,75	- 43,50	6 845,00	6 670,75	-174,25	7195	6 933	-262
Волинська	4 456,00	4 322,25	- 133,75	3 927,75	3 780,75	-147,00	3747	3 633	-114
Дніпропетровська	15 807,25	15 330,00	-477,25	13 536,25	12 761,25	-775,00	12093	11 466	-627
Донецька	8 182,75	8 061,00	-121,75	6 517,50	6 222,75	-294,75	5372	5 192	-180
Житомирська	5 328,75	5 213,75	-115,00	4 690,00	4 465,75	-224,25	4169	4 017	-152
Закарпатська	4 432,50	4 253,00	-179,50	4 029,25	3 771,25	-258,00	4290	3 999	-291
Запорізька	9 498,75	9 111,00	-387,75	8 151,75	7 594,00	-557,75	7320	7 023	-297
Івано-Франківська	7 239,00	7 006,50	-232,50	6 607,25	6 326,25	-281,00	7454	7 140	-314
Київська**	8 446,25	7 868,50	-577,75	6 613,25	6 107,50	-505,75	6075	5 646	-429
Кіровоградська	4 310,25	4 165,50	-144,75	3 684,00	3 347,75	-336,25	2982	2 791	-191
Луганська	3 066,75	2 802,50	-264,25	2 362,00	2 249,50	-112,50	1934	1 869	-65
Львівська	12 116,25	12 152,50	+36,25	11 537,00	11 348,75	-188,25	12143	11 880	-263
Миколаївська	4 466,75	4 232,00	-234,75	3 760,50	3 541,00	-219,50	3176	2 990	-186
Одеська	11 468,00	11 079,75	-388,25	9 632,00	9 005,00	-627,00	9644	9 334	-310
Полтавська	7 285,75	7 194,25	-91,50	6 379,50	6 184,25	-195,25	6091	5 887	-204
Рівненська	5 207,25	5 098,50	-108,75	4 611,00	4 347,00	-264,00	4324	4 168	-156
Сумська	5 040,25	4 779,00	-261,25	4 327,50	4 031,50	-296,00	3929	3 693	-236
Тернопільська	5 378,25	5 350,00	-28,25	4 817,50	4 703,50	-114,00	5032	4 853	-179
Харківська	13 882,25	13 227,50	-654,75	12 373,75	11 550,50	-823,25	11681	11 027	-654
Херсонська	4 402,75	4 101,25	-301,50	3 732,25	3 385,25	-347,00	3018	2 722	-296
Хмельницька	5 636,25	5 567,50	-68,75	5 108,25	4 876,00	-232,25	4870	4 659	-211
Черкаська	5 499,50	5 248,25	-251,25	4 865,00	4 435,00	-430,00	4163	3 792	-371
Чернівецька	4 895,75	4 900,00	+4,25	4 603,00	4 518,50	-84,50	4937	4 767	-170
Чернігівська	4 772,50	4 493,25	-279,25	4 039,00	3 728,00	-311,00	3471	3 293	-178

**Додаток В. Дані про лікарські кадри системи МОЗ України \***

Адміністративні території	2019 % укомплектованості штатних посад фізичними особами	2020 % укомплектованості штатних посад фізичними особами	2019 Забезпеченість лікарями на 10000 населення	2020 Забезпеченість лікарями на 10000 населення
<b>Україна</b>	<b>82,07</b>	<b>81,01</b>	<b>36,96</b>	<b>35,58</b>
Вінницька	93,17	90,29	46,77	45,55
Волинська	84,09	84,05	36,42	35,46
Дніпропетровська	76,50	74,79	38,11	36,53
Донецька	65,65	64,41	28,19	27,56
Житомирська	78,24	77,05	34,48	33,58
Закарпатська	96,79	94,03	34,29	32,06
Запорізька	77,06	77,08	43,40	42,16
Івано-Франківська	102,97	101,91	54,59	52,56
Київська**	71,93	71,75	34,22	31,67
Кіровоградська	69,18	67,00	32,18	30,55
Луганська	63,06	66,69	28,25	27,64
Львівська	100,22	97,76	48,69	47,92
Миколаївська	71,10	70,65	28,38	26,99
Одеська	84,09	84,24	40,76	39,60
Полтавська	83,60	81,83	44,17	43,17
Рівненська	83,04	81,75	37,54	36,33
Сумська	77,95	77,28	36,86	35,13
Тернопільська	93,56	90,71	48,60	47,24
Харківська	84,14	83,36	44,20	42,12
Херсонська	68,55	66,37	29,40	26,81
Хмельницька	86,40	83,68	38,91	37,55
Черкаська	75,70	72,25	35,03	32,28
Чернівецька	100,84	97,29	54,94	53,35
Чернігівська	72,73	73,29	35,32	34,01

**Додаток Д. Дані про молодших спеціалістів з медичною освітою системи МОЗ України\***

Адміністративні території	2019 Штатні посади середнього медперсоналу	2020 Штатні посади середнього медперсоналу	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Зайняті посади середнього медперсоналу	2020 Зайняті посади середнього медперсоналу	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Фізичні особи середнього медперсоналу	2020 Фізичні особи середнього медперсоналу	Різниця між 2020 р. і 2019 р.
<b>Україна</b>	<b>331 804,75</b>	<b>309 110,25</b>	<b>-22 694,50</b>	<b>301 703,50</b>	<b>275 406,25</b>	<b>-26 297,25</b>	<b>296054</b>	<b>273 526</b>	<b>-22 528</b>
Вінницька	13 053,25	12 596,25	-457,00	12 070,50	11 429,00	-641,50	12930	12 235	-695
Волинська	8 815,75	8 320,75	-495,00	8 285,00	7 771,00	-514,00	9210	8 526	-684
Дніпропетровська	26 742,25	24 604,25	-2 138,00	24 103,75	21 695,75	-2 408,00	21918	20 046	-1 872
Донецька	15 644,25	15 033,50	-610,75	14 115,75	13 072,75	-1 043,00	12927	12 217	-710
Житомирська	11 011,00	10 450,25	-560,75	10 386,00	9 636,25	-749,75	10626	9 855	-771
Закарпатська	8 825,00	7 950,00	-875,00	8 124,00	7 335,75	-788,25	9004	8 204	-800
Запорізька	16 161,50	14 715,50	-1 446,00	14 326,25	12 605,25	-1 721,00	13185	11 828	-1 357
Івано-Франківська	11 993,50	11 313,00	-680,50	11 329,50	10 588,75	-740,75	12723	11 814	-909
Київська**	16 563,75	14 737,50	-1 826,25	13 535,50	11 978,00	-1 557,50	12279	11 286	-993
Кіровоградська	9 109,75	8 413,00	-696,75	8 457,50	7 625,75	-831,75	7994	7 375	-619
Луганська	5 928,25	5 247,25	-681,00	5 338,50	4 773,50	-565,00	4927	4 533	-394
Львівська	21 068,25	20 039,00	-1 029,25	20 491,00	19 177,75	-1 313,25	21469	19 959	-1 510
Миколаївська	8 584,25	7 934,00	-650,25	7 607,00	7 004,50	-602,50	7197	6 732	-465
Одеська	19 059,50	17 999,25	-1 060,25	16 320,75	14 981,00	-1 339,75	15650	14 442	-1 208
Полтавська	12 780,50	12 399,25	-381,25	11 499,00	11 081,75	-417,25	11404	10 911	-493
Рівненська	10 494,25	9 780,25	-714,00	9 942,75	9 063,00	-879,75	10960	9 968	-992
Сумська	10 310,75	9 260,25	-1 050,50	9 594,75	8 609,50	-985,25	9599	8 831	-768
Тернопільська	9 443,75	9 073,50	-370,25	8 741,25	8 296,50	-444,75	9588	8 927	-661
Харківська	20 889,50	19 565,75	-1 323,75	19 084,25	17 327,00	-1 757,25	17562	16 264	-1 298
Херсонська	8 739,00	7 843,25	-895,75	8 151,50	7 245,50	-906,00	7420	6 627	-793
Хмельницька	10 805,25	10 241,75	-563,50	10 194,50	9 429,50	-765,00	10819	9 941	-878
Черкаська	11 586,50	10 851,75	-734,75	10 905,75	9 905,75	-1 000,00	10198	9 247	-951
Чернівецька	7 085,25	6 779,25	-306,00	6 676,25	6 253,50	-422,75	7676	7 123	-553
Чернігівська	10 158,25	8 959,25	-1 199,00	9 495,00	8 306,75	-1 188,25	9332	8 416	-916





**Додаток Е. Дані про молодших спеціалістів з медичною освітою системи МОЗ України\***

<b>Адміністративні території</b>	<b>2019 % укомплектованості штатних посад фізичними особами</b>	<b>2020 % укомплектованості штатних посад фізичними особами</b>	<b>2019 Забезпеченість середнім медперсоналом на 10000 населення</b>	<b>2020 Забезпеченість середнім медперсоналом на 10000 населення</b>
<b>Україна</b>	<b>89,23</b>	<b>88,49</b>	<b>70,94</b>	<b>66,04</b>
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	99,06	97,13	84,05	80,39
Волинська	104,47	102,47	89,53	83,21
Дніпропетровська	81,96	81,47	69,07	63,87
Донецька	82,63	81,27	67,84	64,86
Житомирська	96,50	94,30	87,89	82,38
Запорізька	81,58	80,38	78,17	71,01
Івано-	106,08	104,43	93,18	86,97
Київська**	74,13	76,58	69,17	63,31
Кіровоградська	87,75	87,66	86,26	80,71
Луганська	83,11	86,39	71,97	67,04
Львівська	101,90	99,60	86,09	80,50
Миколаївська	83,84	84,85	64,31	60,78
Одеська	82,11	80,24	66,14	61,27
Полтавська	89,23	88,00	82,69	80,01
Рівненська	104,44	101,92	95,15	86,87
Сумська	93,10	95,36	90,04	84,00
Тернопільська	101,53	98,39	92,60	86,90
Харківська	84,07	83,12	66,45	62,12
Херсонська	84,91	84,49	72,29	65,27
Хмельницька	100,13	97,06	86,45	80,13
Черкаська	88,02	85,21	85,81	78,72
Чернівецька	108,34	105,07	85,42	79,72
Чернігівська	91,87	93,94	94,96	86,93
м. Київ	72,19	72,87	66,50	62,38
м. Севастополь	-	-	-	-

\*- без санепідзакладів

\*\* - обласні заклади, розміщені на території м. Києва включені в Київську область