

# ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 073 МЕНЕДЖМЕНТ

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА МЕНЕДЖМЕНТ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ  
ОРГАНІЗАЦІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**Удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних  
концепцій менеджменту**

(назва затвердженої теми)

(на прикладі КНП «Черкаська центральна районна лікарня»)

Магістрант (ка) \_\_\_\_\_  
(підпис студента)

Семеняка Людмила Євгеніївна  
(прізвище, ім'я по-батькові студента)

Науковий  
керівник \_\_\_\_\_  
(підпис наукового керівника)

Фімар С.В. к.е.н., доцент  
(прізвище, ініціали, наукове звання і ступінь)

Допущено до захисту “ ” 2024р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
(підпис)

Овсієнко Н.В., к.е.н., доцент  
(прізвище, ініціали, наукове звання і ступінь)

Декан факультету \_\_\_\_\_  
(підпис)

Амбер А.Ю.  
(прізвище, ініціали)

Завідувач  
навчальної частини \_\_\_\_\_  
(підпис)

Козинець А.О.  
(прізвище, ініціали)

Київ – 2024

**ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУСПЕЦІАЛЬНІСТЬ 073 МЕНЕДЖМЕНТОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА МЕНЕДЖМЕНТ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ  
ОРГАНІЗАЦІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**ЗАВДАННЯ****на випускню кваліфікаційну магістерську роботу студентів (ці):****Семеняка Людмилі Євгеніївни**

(прізвище, ім'я, по-батькові студента)

**1. Тема роботи:** Удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту**2. Затверджена наказом по університету від “08 ” 03 2024 р. № 16****3. Цільова установка на вихідні дані до роботи.** Розглянути моделі управління в закладах охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід; вивчити методичні підходи до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я; проаналізувати сучасні концепції менеджменту закладів охорони здоров'я; провести аналіз діяльності закладу охорони здоров'я; обґрунтувати удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту.**4. Перелік графічного матеріалу (з точним визначенням обов'язкових креслень).** Випускна кваліфікаційна магістерська робота включає: 92 сторінки тексту, 15 рисунків, 21 таблиця, 50 використаних джерел.**5. Консультанти по роботі, із зазначенням розділів, що їх стосуються:**

| Розділ   | Науковий керівник | Підпис, дата   |                  |
|----------|-------------------|----------------|------------------|
|          |                   | Завдання видав | Завдання отримав |
| Розділ 1 | к.е.н. Фімяр С.В. | 15.04.2024     | 15.04.2024       |

|          |                   |            |            |
|----------|-------------------|------------|------------|
| Розділ 2 | к.е.н. Фімяр С.В. | 20.05.2024 | 20.05.2024 |
| Розділ 3 | к.е.н. Фімяр С.В. | 05.08.2024 | 05.08.2024 |

## **6. Зміст випускної кваліфікаційної магістерської роботи (перелік питань)**

Теоретичні аспекти діяльності закладів охорони здоров'я аналіз діяльності КНП «Черкаська центральна районна лікарня»; удосконалення діяльності КНП «Черкаська центральна районна лікарня» на основі сучасних концепцій менеджменту.

## **7. Календарний план виконання випускної кваліфікаційної магістерської роботи**

| № з/п | Назва етапів випускної кваліфікаційної магістерської роботи        | Термін виконання етапів випускної кваліфікаційної магістерської роботи |          |
|-------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|
|       |                                                                    | За планом                                                              | Фактично |
| 1.    | Обрання теми випускної кваліфікаційної магістерської роботи (ВКМР) | 12.02.24 – 23.02.24                                                    | 12.02.24 |
| 2.    | Опрацювання літератури та інших джерел для написання ВКМР          | 11.03.24 – 12.04.24                                                    | 12.04.24 |
| 3.    | Виконання 1 розділу ВКМР                                           | 15.04.24 – 17.05.24                                                    | 17.05.24 |
| 4.    | Виконання 2 розділу ВКМР                                           | 20.05.24 – 21.06.24                                                    | 21.06.24 |
| 5.    | Виконання 3 розділу ВКМР, висновки                                 | 05.08.24 – 27.09.24                                                    | 27.09.24 |
| 6.    | Передзахист та проведення перевірки на плагіат                     | 14.10.24 – 25.10.24                                                    | 25.10.24 |
| 7.    | Відгук керівника, рецензія                                         | 04.11.24 – 08.11.24                                                    | 08.11.24 |

8. Дата видачі завдання “ 11 ” 03 2024 р.

Керівник \_\_\_\_\_  
(підпис)

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_  
(підпис)

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                              | 7  |
| ВСТУП                                                                                                                        | 5  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я                                                         | 8  |
| 1.1. Моделі управління в закладах охорони здоров'я: вітчизняний<br>та зарубіжний досвід                                      | 8  |
| 1.2. Методичні підходи до оцінки ефективності діяльності закладів<br>охорони здоров'я                                        | 16 |
| 1.3. Сучасні концепції менеджменту закладів охорони здоров'я                                                                 | 25 |
| Висновки до розділу 1                                                                                                        | 33 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРКАСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА<br>РАЙОННА ЛІКАРНЯ»                                                    | 36 |
| 2.1. Характеристика організаційно-структурної побудови закладу<br>охорони здоров'я                                           | 36 |
| 2.2. Аналіз показників діяльності закладу охорони здоров'я                                                                   | 43 |
| 2.3. Оцінка результативних показників діяльності закладу охорони здоров'я                                                    | 50 |
| Висновки до розділу 2                                                                                                        | 57 |
| РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРКАСЬКА<br>ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ<br>КОНЦЕПЦІЙ МЕНЕДЖМЕНТУ | 59 |
| 3.1. Перспективні напрямки удосконалення діяльності та<br>організаційних перетворень                                         | 59 |
| 3.2. Впровадження концепції управління організаційними змінами<br>в діяльність закладу охорони здоров'я                      | 66 |
| 3.3. Управління опором організаційним змінам як фактор подолання<br>трудового опортунізму медичного персоналу                | 73 |
| Висновки до розділу 3                                                                                                        | 79 |
| ВИСНОВКИ                                                                                                                     | 82 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ                                                                                                   | 88 |
| ДОДАТКИ                                                                                                                      | 93 |

Актуальність теми. Сьогодні суспільство переживає період великих змін. Комплексні перетворення, що відбуваються в Україні та світі, носять масштабний характер, охоплюють не тільки політичний, але і перш за все економічний аспект, і впливають на всі сфери життєдіяльності, зокрема медичну галузь.

В сучасних умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні, яке відбувається на тлі перманентної фінансово-економічної кризи, вітчизняні лікувально-профілактичні заклади виявилися в складних і важких умовах. Без застосування сучасних методів управління організаційно-структурними перетвореннями для подолання такого великого кола, як зовнішніх так і внутрішніх проблем, неможливо. Адже від ефективності управління змінами залежить можливість функціонування і подальший розвиток закладів охорони здоров'я.

Сучасна практика надання медичних послуг доводить, що економічний розвиток лікувально-профілактичних закладів можливий тільки на основі пошуку шляхів їх пристосування і адаптації до зовнішнього середовища, яке якісно і швидко змінюється. Це обумовлює необхідність здійснення організаційно-структурних перетворень, які суттєво впливають на функціонування і розвиток закладів охорони здоров'я. Таким чином, виникає проблема ефективного управління змінами та перетвореннями у закладах для забезпечення якісного медичного обслуговування населення.

Проблема управління внутрішніми змінами та організаційно-структурними перетвореннями для більш ефективного пристосування до змін зовнішнього середовища гостро стоїть перед керівництвом всіх без винятку лікувально-профілактичних закладів. Уміння виявляти гнучкість і швидке реагування на зміни є важливим фактором для їх успішної діяльності.

Питання управління змінами та організаційно-структурними перетвореннями з метою покращення медичної та економічної діяльності в лікувально-профілактичних закладах в сучасних умовах функціонування

необхідно розглядати в більш широкому аспекті, тому тема удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту є актуальною.

Дослідження змін в організаціях, проблеми адаптації та моделі управління організаційними змінами висвітлені в роботах таких зарубіжних авторів, як І. Ансофф, І. Адізес, В. Барнетт, А. Ван де Вен, Л. Грейнер, Е. Камерон, Д. Келлі, Д. Коттер, К. Левін, Д. Лестер та інших. Проблеми управління закладами охорони здоров'я розглядалися у працях таких вітчизняних вчених, як С. Буковинський, І. Кичко, В. Куценко, В. Рудень та інші. Однак розвиток суспільних відносин, усвідомлення значущості організаційно-структурних перетворень в охороні здоров'я вимагає пошуку нових підходів до вирішення даної проблеми.

Мета магістерської роботи полягає у розробці напрямків удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту.

Для досягнення встановленої мети в роботі поставлені та вирішені наступні завдання:

- розглянути моделі управління в закладах охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід;
- вивчити методичні підходи до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасні концепції менеджменту закладів охорони здоров'я;
- провести аналіз діяльності закладу охорони здоров'я;
- обґрунтувати удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту.

Об'єктом дослідження є КНП «Черкаська центральна районна лікарня».

Предметом дослідження є діяльність закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін.

Методи дослідження. Основою теоретичних і методичних розробок стали результати наукових досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених та фундаментальні положення загальнонаукової методології. Методологічну основу роботи складають методи економічного аналізу, прогнозування, техніко-економічного обґрунтування проектів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я на основі сучасних концепцій менеджменту.

Робота була апробована на матеріалах тринадцятої міжнародної науково-практичної конференції «Економіка підприємства: сучасні проблеми теорії та практики» м. Одеса , 13 вересня 2024 року.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### Моделі управління в закладах охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід

Сфера охорони здоров'я містить сукупність підприємств, організацій та закладів, що створені та працюють у напрямі забезпечення здоров'я населення та медичного обслуговування. До вказаної сфери включено бюджетні та небюджетні, у тому числі державні та недержавні підприємства. Тому система управління розвитком сфери медичного обслуговування формується та діє на рівні державного бюджетування та на рівні окремого підприємства.

Класифікація закладів охорони здоров'я за характером послуг, обсягом діяльності, формою власності, джерелами фінансування, системою організації наведена у табл. 1.1.

*Таблиця 1.1*

#### Класифікація закладів охорони здоров'я

| Класифікаційна ознака                         | Види закладів охорони здоров'я                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| За характером послуг (профілю), що надаються  | - багатoproфільні;<br>- спеціалізовані                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| За системою організації                       | - об'єднані (стаціонар + поліклініка)<br>- самостійні структурні установи                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| За обсягом діяльності                         | Різної категорійності (ліжкової потужності)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| За джерелами фінансування та формою власності | - Джерела фінансування – бюджетні кошти, кошти страхових компаній, особисті кошти громадян – державні продуценти медичних послуг.<br>- Джерела фінансування – особисті кошти громадян, кошти страхових компаній за програмою добровільного медичного страхування – недержавний сектор – приватні медичні організації, індивідуальні підприємці, без утворення юридичної особи, які мають ліцензії на провадження медичної діяльності, автономні некомерційні організації, некомерційне партнерство. |
| За охопленням території (контингенту)         | - районна;<br>- міська;<br>- обласна;<br>- відомча                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Систему закладів, що надають невідкладну медичну допомогу, становить мережа організацій охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності. На районному та міському рівні такі функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста.

Управління у сфері охорони здоров'я здійснює Міністерство охорони здоров'я України – головний (провідний) орган у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Основними завданнями МОЗ, поряд з іншими, є:

- розроблення обґрунтованих пропозицій щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- координація та контроль за виконанням державних програм охорони здоров'я, зокрема надання медико-санітарної допомоги;
- організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я гарантованої безоплатної медичної допомоги населенню;
- організація надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях та інші.

В даний час особлива увага приділяється розвитку сфери охорони здоров'я під час досягнення мети забезпечення якісних послуг середньоєвропейського рівня. Це можливо досягти за рахунок якісного прориву в галузі вітчизняної охорони здоров'я, який має базуватися на галузевих інноваційних розробках у сфері профілактики, діагностики та лікування захворювань, ефективної системи професійної підготовки фахівців, на масштабному застосуванні високотехнологічних інформаційних систем.

За кордоном існують різні системи охорони здоров'я. Основними умовами розвитку сфери охорони здоров'я є джерела фінансування (державний бюджет, страхові компанії та фонди, приватні асигнування, благодійні кошти). Для розвитку галузі охорони здоров'я країн Всесвітньою організацією охорони здоров'я пропонується створення наступних умов [36]:

- наявність у країнах національної політики, яка б забезпечувала загальне охоплення медичним обслуговуванням споживачів послуг;
- наявність механізмів фінансування та фахівців, що є обов'язковими умовами для розширення доступу до послуг;
- реалізація послуг, які насамперед орієнтовані на потреби одержувачів послуг країни;
- забезпечення рівного доступу для споживачів послуг країни до якісних лікарських засобів;
- використання наукових розробок для формування нових стратегій у сфері охорони здоров'я.

При розгляді організаційних та фінансових особливостей можна виділити три основні системи охорони здоров'я розвинених країн, побудованих за принципом моделей безкоштовної, страхової та платної медицини. Характеристика національних моделей охорони здоров'я представлена у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

### Національні моделі охорони здоров'я

| Вид моделі / країни                                                                                    | Основні характеристики системи охорони здоров'я                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Державна модель (Велика Британія, Данія, Ірландія, Греція, Португалія, Італія)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- центральне та регіональне планування;</li> <li>- централізоване фінансування охорони здоров'я шляхом прямого оподаткування за залишковим принципом;</li> <li>- контроль за якістю послуг охорони здоров'я з боку держави;</li> <li>- охоплення послуг охорони здоров'я всіх споживачів;</li> <li>- контроль держави за витрачанням бюджетних коштів.</li> </ul> |
| Бюджетно- страхова модель (Німеччина, Франція, Норвегія, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Австрія, Японія) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- децентралізоване фінансування;</li> <li>- поєднує бюджетне та страхове фінансування;</li> <li>- конкуренція між різними страховими фондами;</li> <li>- поділ функцій між державою, фінансуючими органами та продуцентами послуг охорони здоров'я.</li> </ul>                                                                                                    |
| Приватно-підприємницька модель (США, Швейцарія, Південна Корея)                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- послуга охорони здоров'я виступає товаром;</li> <li>- децентралізоване фінансування, яке здійснюється із різних джерел: коштів страхових компаній за програмою добровільного медичного страхування, особистих внесків громадян, коштів підприємств та установ, внесків страхових фондів;</li> <li>- висока вартість послуг з охорони здоров'я.</li> </ul>       |

Державна модель охорони здоров'я фінансується до 90% із бюджетних джерел, представлена в даний час у Данії, Португалії, Греції, Великобританії, Італії, Ірландії, Іспанії, Канаді. Основним постачальником послуг охорони здоров'я є держава (система Беверіджа). Для даної моделі характерне фінансове забезпечення послуг за рахунок загального оподаткування, управління та контроль з боку держави, рівний доступ до медичних послуг всіх споживачів.

Приватно-підприємницька модель охорони здоров'я фінансується за рахунок внесків із добровільного страхування та надання споживачам платних послуг. Така система характерна для сучасної охорони здоров'я у США, Швейцарії, Південній Кореї. При цьому економічно ефективною є така сфера охорони здоров'я, коли всім громадянам країни надаються якісні послуги.

Система надання послуг сфери охорони здоров'я може мати відмінності залежно від країни, але загальними елементами даної системи є:

- економічно стійкий механізм фінансування, висока кваліфікація медичного персоналу;
- добре оснащені постачальники послуг (матеріально-технічні та лікарські ресурси), інноваційні технології.

Проте кожна з національних моделей охорони здоров'я має свої проблеми. Так, проблемами державного сектору охорони здоров'я є:

- авторитарна система управління охороною здоров'я;
- фінансування послуг з охорони здоров'я з бюджету держави;
- наявність нерівності щодо доступності послуг для окремих соціальних груп споживачів;
- недостатнє стимулювання зростання ефективності послуг охорони здоров'я та обслуговування споживачів послуг;
- держава стримує зростання видатків на охорону здоров'я;
- не враховуються думки одержувачів послуг при виборі спеціаліста та продуцента послуг;

- часто виникають черги, у зв'язку з чим забезпечені групи споживачі послуг вважають за краще звертатися до недержавних постачальників послуг;

- недостатній вибір умов надання послуг з погляду комфорту.

Проблемами бюджетно-страхової системи охорони здоров'я є:

- відсутність рівної доступності послуг для різних соціальних груп споживачів та споживачів – мешканців села;

- тенденція до невиправданого зростання вартості послуг охорони здоров'я;

- недостатнє врахування інтересів одержувачів послуг, наприклад, що залишилися поза системою соціального страхування.

Серед проблем приватно-підприємницької системи охорони здоров'я слід відзначити:

- зростання вартості послуг охорони здоров'я;

- відсутність страхових полісів у частині споживачів послуг;

- нерівність доступності послуг охорони здоров'я для їхніх отримувачів.

М. Ю. Поворозник [38] виділяє п'ять діючих моделей охорони здоров'я, угрупованих автором на державні та недержавні (табл. 1.3).

*Таблиця 1.3*

### **Національні моделі охорони здоров'я за М. Ю. Поворозник [38]**

| <b>Вид моделі / країни</b>                                                                                                                    | <b>Основні характеристики системи охорони здоров'я</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Національні державні моделі охорони здоров'я</i></b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Модель охорони здоров'я з державним регулюванням програм обов'язкового медичного страхування більшості споживачів послуг (Німеччина, Франція) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- кілька основних джерел фінансування послуг – кошти бюджету, обов'язкові платежі зі страхування, які здійснюють роботодавці та працівники;</li> <li>- висока частка національного доходу, що виділяється на сферу охорони здоров'я; централізована система фінансування, заснована на страхових компаніях, контроль обсягу видатків при наданні послуг охорони здоров'я;</li> <li>- контроль якості послуг із боку держави;</li> <li>- регульоване ціноутворення на послуги охорони здоров'я з боку держави, різні способи оплати послуг;</li> <li>- неповне охоплення одержувачів послуг програмами обов'язкового медичного страхування.</li> </ul> |

Продовження табл. 1.3

| 1                                                                                                                                                             | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Монопольна державна модель охорони здоров'я (колишній СРСР)                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- основне джерело фінансування медичної допомоги – кошти бюджету, суворий контроль за витрачанням коштів при наданні послуг; низька ефективність використання бюджетних коштів;</li> <li>- високий рівень захищеності одержувачів послуг шляхом встановлення загальних гарантій надання безкоштовних послуг;</li> <li>- державний контроль за умовами надання послуг з охорони здоров'я;</li> <li>- низька заробітна плата спеціалістів, відсутність економічних стимулів у роботі спеціалістів.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
| Модель охорони здоров'я на основі загального державного медичного страхування (Іспанія, Японія, Канада)                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- загальне медичне страхування одержувачів послуг;</li> <li>- кілька основних джерел фінансування послуг – кошти бюджету, обов'язкові платежі зі страхування;</li> <li>- державний контроль усіх продуцентів послуг охорони здоров'я за умовами надання послуг;</li> <li>- регульоване ціноутворення на послуги з боку держави, різні способи оплати послуг;</li> <li>- контроль якості послуг із боку держави.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Національні недержавні моделі охорони здоров'я</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Модель охорони здоров'я без державного регулювання (країни Азії, Африки)                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- основне джерело фінансування послуг – особисті кошти одержувачів послуг;</li> <li>- заснована на законах споживчого ринку (нерегульовані ціни на послуги охорони здоров'я, вільний вибір спеціаліста та постачальника послуг);</li> <li>- види та обсяг послуг формуються на основі попиту та пропозиції на послуги охорони здоров'я;</li> <li>- відсутня державна підтримка малозабезпечених категорій одержувачів послуг (обмежена доступність послуг – малозабезпечені верстви одержувачів послуг не мають доступу до кваліфікованих послуг);</li> <li>- постачальники послуг охорони здоров'я – спеціалісти приватної практики;</li> <li>- високий дохід спеціалістів;</li> <li>- держава забезпечує лише протиепідемічні заходи.</li> </ul> |
| Модель охорони здоров'я із державним регулюванням програм обов'язкового медичного страхування для окремих категорій громадян (США, латиноамериканські країни) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- основне джерело фінансування послуг – особисті кошти громадян та прибуток юридичної особи;</li> <li>- заснована на законах споживчого ринку (нерегульовані ціни на послуги охорони здоров'я, вільний вибір спеціаліста та постачальника послуг);</li> <li>- високий дохід спеціалістів;</li> <li>- обмежена доступність послуг для широких верств споживачів;</li> <li>- державна підтримка окремих категорій споживачів у отриманні послуг (програми для незаможних отримувачів послуг та інвалідів).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |

Характеристика систем фінансування охорони здоров'я з урахуванням джерела формування коштів та взаємодії суб'єктів системи охорони здоров'я

між собою. За характером взаємодії суб'єктів охорони здоров'я виділяють інтеграційну, контрактну модель системи фінансування, а також модель відшкодування та модель «керованих послуг охорони здоров'я» [24], проілюстрована в таблиці 1.4.

*Таблиця 1.4*

**Моделі фінансування охорони здоров'я за характером  
взаємодії суб'єктів охорони здоров'я**

| <b>Модель фінансування</b>                 | <b>Основні характеристики системи охорони здоров'я</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Інтеграційна                               | Злиття функції фінансування, управління та організації надання послуг. Фінансує – управління охороною здоров'я. Виробник послуг – державні продуценти послуг з охорони здоров'я. Характеризується обмеженням можливості вибору фахівця.                                                                                                                                                                                                           |
| Контрактна                                 | Характеризується договірними відносинами. Принцип «гроші слідують за отримувачем послуги». Економічні важелі управління охороною здоров'я. Значні витрати на договірні та адміністративні взаємини. Господарська самостійність продуцента послуг.                                                                                                                                                                                                 |
| Модель відшкодування                       | Одержувачі послуг оплачують свої послуги за рахунок власних коштів, потім відшкодовують основну частину витрачених сум із фонду Обов'язкового соціального страхування. Ціни вільні. Кількість продуцентів послуг не обмежена. Немає договірних відносин між виробниками та споживачами послуг (немає договорів). Основний недолік – породження витратних тенденцій у охороні здоров'я.                                                            |
| Модель «керованих послуг охорони здоров'я» | Фінансується за загальним душевим нормативом. Заснована на формі договорів між стороною, що фінансує, і продуцентами послуг (страховик бере участь у плануванні послуг, наприклад у США). Медико-страхове об'єднання із загальними управлінськими структурами та внутрішнім комерційним розрахунком. Діє як корпорація. Характеризується господарською незалежністю продуцентів послуг. Визначено загальні правила управління та адміністрування. |

На сучасному етапі у світі фінансування галузі охорони здоров'я включає чотири джерела:

- надходження коштів від оподаткування;
- внески до систем добровільного та обов'язкового медичного страхування (ДМС та ОМС);
- готівка одержувачів послуг.

Науковці Д.О. Гомон та А.В. Денисова [10], проаналізувавши способи фінансування цієї сфери, виділили основні характеристики, які узагальнені та представлені в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5

### Способи фінансування систем охорони здоров'я

| Критерій                                                                | Оподаткування                                                                                                                                  | Система ОМС                                                                          | Система ДМС                                                                                     | Особисті кошти одержувачів послуг                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Справедли-<br>вість                                                     | Фінансування не відбиває спроможність до оплати. Податки визначають соціальну справедливість. Можливо перерозподіл коштів на окремій території | Соціальна справедливість (Забезпечений оплачує послуги для незаможного)              | Фінансове забезпечення потреби                                                                  | Фінансове забезпечення потреби                                                                  |
| Загаль-<br>ність                                                        | Одинаковий обсяг послуг для всіх споживачів                                                                                                    | Одинаковий обсяг послуг для всіх споживачів                                          | Диференційовані програми надання послуг. Обмеження на обсяг послуг загалом                      | Індивідуальний обсяг послуг, залежно від можливості оплати                                      |
| Індивіду-<br>альний<br>вибір                                            | Вибір відсутній або обмежений та обумовлений умовами контрактів                                                                                | Вибір відсутній або обмежений та обумовлений умовами контрактів                      | Вільний вибір полісу та обсягу послуг                                                           | Вільний вибір виробника та обсягу послуг                                                        |
| Ефектив-<br>ність при<br>розподілі<br>коштів                            | Залежить від способу передачі бюджетних коштів продуцентам послуг з охорони здоров'я                                                           | Залежить від способу передачі бюджетних коштів продуцентам послуг з охорони здоров'я | Відмова одержувачів послуг від надання послуг охорони здоров'я, якщо вони не можуть їх оплатити | Відмова одержувачів послуг від надання послуг охорони здоров'я, якщо вони не можуть їх оплатити |
| Прозорість<br>системи<br>фінансу-<br>вання та<br>визначення<br>гарантій | Витрати та обсяг послуг не визначено                                                                                                           | Обсяг наданих послуг не впливає на витрати                                           | Гарантія надання послуг під час відрахування                                                    | Гарантія надання послуг під час відрахування                                                    |

Аналіз показав, що такі характеристики джерел фінансування, як система ОМС, загальна система оподаткування визначають основу для

рівних умов отримання послуг. Чим частіше працює механізм перерозподілу коштів між незаможними, соціально незахищеними групами та забезпеченими верствами суспільства одержувачами послуг, тим більша рівноправність.

Таким чином, розглянуті моделі охорони здоров'я відрізняються ступенем участі держави у фінансуванні сфери, джерелами фінансування, формами власності продуцентів послуг, ступенем охоплення одержувачів послуг програмами державної підтримки.

В Україні відбувається перехід від державної до приватно-підприємницької моделі із контрактною моделлю фінансування. Модель заснована на державному управлінні (управлінні фінансуванням, збиранням коштів, формуванні державного замовлення, встановленям цін на послуги) при планомірному збільшенні участі приватного капіталу. Дана система в сучасних умовах найбільш економічна та раціональна при наданні споживачам доступних та якісних послуг.

## **1.2. Методичні підходи до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я**

Поняття «ефективність системи охорони здоров'я» є багатоплановим, тому при оцінці ефективності необхідно враховувати, які досягаються цілі та хто виступає основною зацікавленою особою: уряд, заклад охорони здоров'я, медичні працівники, пацієнти та домогосподарства.

Уряд будь-якої країни, як правило, прагне підвищення бюджетної ефективності. Фінансування, спрямоване на охорону здоров'я населення, за наявності бюджетних обмежень має відповідати економічним можливостям з одного боку, а з іншого сприяти зростанню ефективності в охороні здоров'я. Кризи підштовхнули багато країн, в яких витрати на надання медичної допомоги випереджали економічне зростання, до реформування систем охорони здоров'я, оптимізації їх структур, стимулювання розвитку. Італійська система сконцентрувала свої зусилля на розширенні

конкурентоспроможності ринку лікарських засобів, іспанська – на централізації здійснення закупівель фармацевтичних препаратів, португальська – на вдосконаленні менеджменту в охороні здоров'я, грецька – змінила порядок фінансування медичних організацій.

Результативність діяльності системи охорони здоров'я, медичних закладів та окремих програм прийнято оцінювати з точки зору соціальної, медичної та економічної ефективності, перші дві, з яких є основними. Без урахування результатів медичної та соціальної ефективності неможливо визначити економічну ефективність (рис. 1.1).

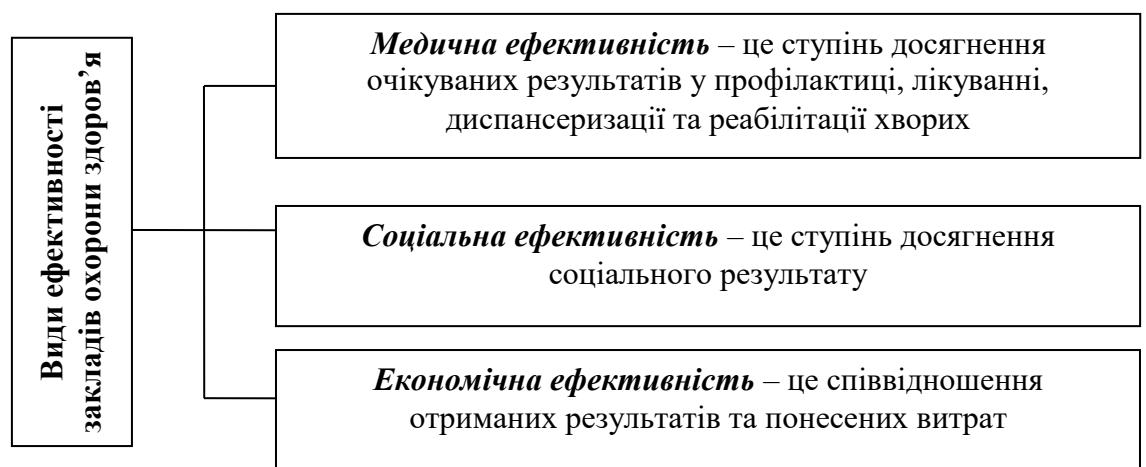


**Рис. 1.1. Види ефективності діяльності закладів охорони здоров'я**

Медична ефективність передбачає ступінь досягнення очікуваних результатів у профілактиці, лікуванні, диспансеризації та реабілітації хворих [42]. Оцінювання медичної ефективності здійснюють за допомогою різних специфічних показників, що характеризують здоров'я населення, наприклад, часткою пролікованих або вакцинованих пацієнтів, зниженням кількості випадків хронізації захворювань, підвищенням рівня здоров'я населення, зниженням інвалідизації та ін. [31]. На думку О.В. Баєва [3], медична ефективність характеризує медичну сторону діяльності системи охорони здоров'я чи її окремих елементів. Оцінюється медична ефективність, як співвідношення досягнутого медичного результату та витрачених на це коштів або ресурсів.

Соціальна ефективність характеризує ступінь досягнення соціального результату [45], наприклад, шляхом здійснення заходів щодо профілактики захворювань та інвалідності певної частини населення, реабілітації та підвищення якості активного життя в суспільстві, у тому числі до трудової діяльності; попередження передчасної смертності та збільшення тривалості життя людей, а також проведення заходів щодо підвищення якості медичної допомоги та ступеня задоволеності населення рівнем медичного обслуговування. За участю громадських організацій та населення таке оцінювання проводиться органами виконавчої та законодавчої влади на макrorівні.

Економічна ефективність – це співвідношення отриманих результатів та вироблених витрат [39]. Економічний ефект розглядається як можливий результат діяльності, при якому зафіксовано прибуток або збитки та розраховується як різниця між доходами та витратами [27].

Величина запобігання економічним збиткам за підсумками впровадження комплексу медичних заходів з метою зниження рівня захворюваності населення, інвалідності, скорочення термінів непрацездатності, тривалості лікування хворих також характеризує економічний ефект в охороні здоров'я. Обчислюється на підставі зміни економічної шкоди внаслідок смертності або інвалідності прикріпленого населення до початку та після завершення медичних маніпуляцій, профілактичних та організаційних технологій, що вводяться.

Ефективність діяльності будь-якого медичного закладу незалежно від форми власності та видів наданої медичної допомоги визначається рівнем матеріального оснащення. Сучасні, наукомісткі медичні технології з доведеною безпекою сприяють підвищенню ефективності охорони здоров'я.

Лікарський та сестринський персонал слід оцінювати з погляду медичної та соціальної ефективності. Соціальна ефективність найбільш важлива для пацієнтів та домогосподарств. Зростання фінансування охорони здоров'я далеко не завжди супроводжується підвищенням рівня здоров'я

населення. При цьому система потребує оптимізації, а населення несе додаткові витрати, зумовлені збільшенням витрат або страхових платежів, які спрямовуються на надання медичної допомоги у разі виникнення захворювань. Зміна балансу витрат, може скоротити попит населення на медичну допомогу у осіб, які найбільше її потребують, що в довгостроковій перспективі може призвести до ще більшої нерівності та неефективності при наданні медичних послуг. Тому лише результативність використання державних коштів, спрямованих на досягнення встановлених соціально-економічних показників, не може бути достатньою підставою для забезпечення ефективності всієї системи охорони здоров'я, головна мета якої – охорона здоров'я населення [54].

В даний час єдиною, затвердженою МОЗ України, є методика оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, які надають допомогу в амбулаторних та стаціонарних умовах. Вона проводиться на основі індикаторів доступності та якості медичної допомоги, встановлених Програмою розвитку та показників ресурсного забезпечення медичної допомоги. Проводиться оцінка ресурсного забезпечення поліклінік та стаціонарів, які надають медичну допомогу населенню, із застосуванням показників функцій лікарської посади, економічної ефективності використання ліжкового фонду, коефіцієнта цільового використання ліжкового фонду та коефіцієнта фінансових витрат поліклініки/стаціонару. Однак, отримані дані не є загальнодоступними і не можуть бути застосовані для оцінки ефективності окремого закладу охорони здоров'я або окремого відділення. Вчені та дослідники пропонують методи для оцінки ефективності систем охорони здоров'я на різних рівнях. Так, проф. М. М. Білинська та співавт. У своїй монографії [11] виконали оцінку функціонування систем охорони здоров'я з використанням блоків (медико-демографічні показники, інвалідність, вартісні показники, фактичне подушеве забезпечення Територіальної програми державних гарантій (ТПГГ), соціально значущі захворювання та ін.), що містять однорідну інформацію. В.В. Лазоришинець

та співавт. [25] запропонували методика, засновану на паралельній оцінці фінансових (витрати на надання медичної допомоги) та демографічних (втрати регіону від передчасної смертності населення) показників.

Ряд авторів вивчали ефективність регіональних систем управління охороною здоров'я [6] та програм, спрямованих на зміцнення та збереження здоров'я населення [28], ефективність використання матеріально-технічних ресурсів [33]. Питанням ефективності охорони здоров'я та економічного аналізу медичних організацій присвячено багато робіт [9, 13, та ін.], в яких пропонуються різні підходи до оцінки економічної та соціальної ефективності охорони здоров'я.

С. О. Назарко [32] пропонує оцінювати ефективність закладу охорони здоров'я на основі п'яти ресурсних блоків: якість лікування, а також кадрове, інвестиційне, фінансово економічне та матеріально-технічне забезпечення, пропонуючи зведені індекси щодо кожної складової.

Д.І. Медяник та В.О. Липчанський [28] виділяють за соціально-економічною ознакою 24 коефіцієнти, класифіковані до груп:

- витрати на охорону здоров'я;
- рівень соціального ефекту системи охорони здоров'я;
- щільність мережі медичних установ та інтенсивність її використання.

С. О. Смирнов та В. Г. Бикова [43] зазначають, що багато дослідників, які проводять оцінку ефективності в охороні здоров'я, орієнтуються у своїх роботах на чотири методи аналізу ефективності: «витрати – вигода», мінімізації витрат, «витрати – результативність», «витрати – корисність». Однак М. Ю. Поворозник [38] відзначає, що у вітчизняній практиці охорони здоров'я дані підходи не поширені. Проте в сучасних навчальних посібниках з охорони здоров'я ці методи наводяться, але вони використовуються, як правило, для оцінки ефективності медичних технологій.

На підставі проаналізованих підходів автором даного дослідження обрані показники, які пропонється розділити за трьома групами (рис. 1.2).

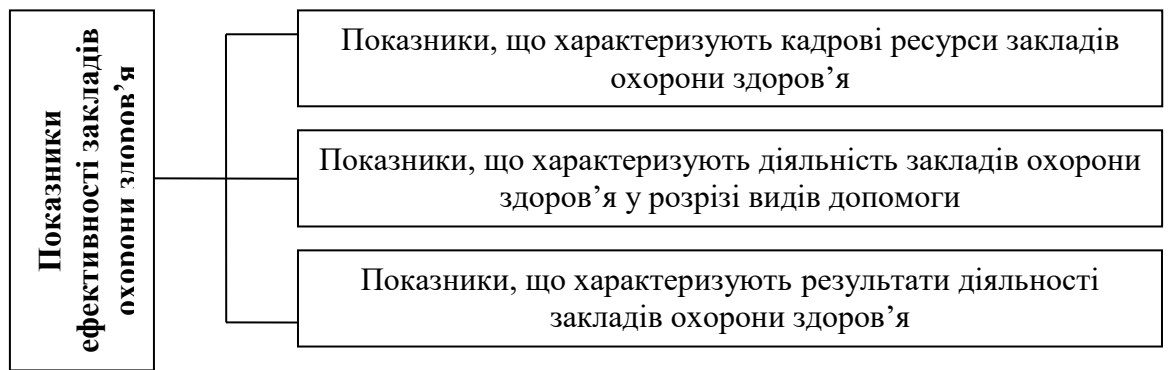


**Рис. 1.2. Показники ефективності діяльності закладів охорони здоров'я**

Перша група показників, що характеризує кадрові ресурси закладів охорони здоров'я. Кадрові ресурси у медичній організації є головною ланкою, яка відповідає за всю роботу закладу охорони здоров'я. Структура кадрових ресурсів включає: групу лікарів, групу медичного середнього персоналу, групу молодшого персоналу та іншого персоналу. Медичний персонал та його ставлення до роботи відіграє важливу роль і впливає на результати лікувально-діагностичної діяльності [17]. Медичні кадри є одним із головних ресурсів, які, на відміну від розмірів фінансування та обсягів матеріально-технічного забезпечення, відновлюються повільніше.

Доступність амбулаторно-поліклінічної допомоги для населення формується за такими показниками як забезпеченість. При розгляді окремої території (області, району, міста) розрахунок забезпеченості медичними кадрами ведеться на 10 тисяч населення. У закладі охорони здоров'я співвідношення штатних та зайнятих посад медичного персоналу визначається за показником укомплектованості посад лікарів та середнього медичного персоналу, виражених у відсотках. Важливим є коефіцієнт сумісництва посад лікарями та середнім медичним персоналом, який показує кількість посад, зайнятих однією фізичною особою.

Друга група показників, що характеризує роботу закладів охорони здоров'я у розрізі видів допомоги. Показники другої групи необхідні для аналізу роботи медичної організації та є кількісними параметрами діяльності

закладу охорони здоров'я оперативно-мережевими показниками. Від даних показників залежить як робота, так і рівень фінансування закладу охорони здоров'я. Вони відображають весь спектр послуг з профілю роботи медичної організації. Комплексний аналіз та оцінка за допомогою представлених показників дає можливість отримати інформацію про діяльність закладу охорони здоров'я, що становить інтерес для органів державного управління у сфері охорони здоров'я, визначити слабкі сторони та сформулювати шляхи оптимізації. Таким чином, до складу другої групи увійшли такі показники: забезпеченість населення лікарняними ліжками та забезпеченість населення стаціонарною допомогою, які використовують для аналізу доступності лікарняної допомоги населенню, розроблення схеми оптимізації структури, мережі та потужності лікарняних установ, визначення необхідного рівня для них кадрових, матеріально-технічних, фінансових та інших ресурсів.

Обсяг госпіталізації хворих дає можливість виявити госпіталізацію за різними клініко-статистичними групами залежно від захворювань у медичній установі. Він залежить: від потужності стаціонару, кількості зареєстрованих хворих за клініко-статистичними групами, методики лікувально-діагностичного процесу, кваліфікації лікарів, розвитку та застосування стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Середньорічне число ліжок у стаціонарі – цей показник розраховується за стаціонаром та окремо по кожному підрозділу та відділенню. Його оцінка проводиться шляхом зіставлення з розрахунковими нормативами для відділень різного профілю.

Середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Цей показник відповідає за зайнятість хворими ліжка у стаціонарі протягом календарного року. Показник розраховується у днях, де ділиться кількість проведених усіма хворими ліжко-днів на кількість працюючих середньорічних ліжок. При розробці перспективних планів слід враховувати наведені вище розрахункові норми використання ліжок у медичних установах на рівні 330-340 днів, а в селі 310 днів на рік.

Середні терміни лікування (дні) – розмір даного показника варіюється в залежності від клініко-статистичної групи захворювання та роботи медичної допомоги. На показник може вплинути занедбаність захворювання, запізнiла діагностика, людський фактор. При порівнянні за даним показником тривалості лікування слід розглядати однакові відділення та підрозділи та враховувати одні й ті самі клініко-статистичні групи.

Число пролікованих хворих характеризує роботу стаціонару з надання медичної допомоги.

Обіг ліжка або функція лікарняного ліжка – це середня кількість хворих, пролікованих на одному ліжку протягом року. Розраховується за стаціонаром і відділеннями, залежить від середньої тривалості перебування хворого на ліжку, часу простою ліжка, завантаженості стаціонару.

В даний час досить рідко використовується показник – середній час простою ліжка, який показує кількість днів незайнятості (невикористання) ліжка від моменту виписки до надходження нового хворого. Цей показник характеризує втрачені можливості медичної організації, втрати щодо виконання обсягів госпіталізації, свідчить про недоотримання фінансових коштів.

Летальність у стаціонарі (лікарняна летальність) – це показник, який характеризує: рівень якості поліклінічного та стаціонарного обслуговування, рівень та кількість пролікованих та померлих, рівень освіти та кваліфікації медичного персоналу, якість та підхід до лікувально-діагностичних процесів. На аналізований показник можуть впливати такі фактори: склад хворих за віком, статтю, формами тяжкості стану, час госпіталізації.

Число місць у денному стаціонарі характеризує масштаби та можливості надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. Показник забезпеченості населення лікарняними місцями є найбільш загальним для оцінки задоволеності населення за допомогою денного стаціонару.

Амбулаторно-поліклінічна допомога характеризується показниками обсягу медичних послуг, що надаються на поліклінічному рівні. Показники середньої кількості відвідувань на 1 мешканця, кількість звернень на 1 мешканця та стоматологічних відвідувань на 1000 населення розраховуються для оцінки доступності амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Виконані фактичні обсяги медичних послуг за звітний період стикаються з показниками планового обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги, які формуються як норматив та затверджуються у регіональній програмі державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги.

Потужність амбулаторно-поліклінічної допомоги – цей коефіцієнт показує планову, функціональну чи фактичну здатність прийому пацієнтів у лікарських кабінетах, виражений числом відвідувань за зміну. Відповідно до цього існує планова (проектна), функціональна та фактична потужність.

Третя група показників, що характеризує результати діяльності, до яких призводить робота закладів охорони здоров'я. Для оцінки діяльності медичних організацій необхідно виявити структуру захворюваності населення, тобто стан здоров'я. Показник народжуваності є найважливішим медико-соціальним критерієм життєздатності та відтворення населення. Народжуваність обумовлена соціально-економічними процесами та біологічними, а також умовами життєдіяльності, зайнятістю жінок у виробництві, традиціями, релігійними настановами та іншими факторами. Слід зазначити, що для проведення повноцінного аналізу медико-демографічної ситуації показник народжуваності необхідно розглядати неізолювано, а у взаємозв'язку з показником смертності. Даний показник характеризує оцінку соціального, демографічного та медичного благополуччя регіону, формує уявлення про спад населення. Взаємодія між показниками народжуваності та смертності забезпечує безперервне відтворення населення, зміну одних поколінь іншими.

### 1.3. Сучасні концепції менеджменту закладів охорони здоров'я

Управління, як вид усвідомленої діяльності, притаманне будь-якому економічному об'єкту (від окремої людини до макроекономічних та глобальних систем). Але якщо на рівні окремого індивіда функції управління залишаються невіддільними від його трудової або підприємницької функції, то з поділом праці, ускладненням відтворювальних зв'язків, зростанням масштабів виробництва функції управління починають обособлюватися в самостійні види діяльності.

Теорія та практика управління є дискусійними питаннями, незважаючи на те, що базуються на досить розроблених методологічних аспектах, що пов'язано зі складністю та багатоаспектністю даного процесу. Методологія системи управління була науково обґрунтована лише у XX столітті, хоча практика менеджменту та його методичний апарат формувалися протягом багатьох століть.

Введення основ науки управління в діяльність практичної охорони здоров'я передбачає рішення ряду обов'язкових умов:

- наявність високоорганізованих систем та їх складових підсистем;
- розробка технологічно-функціональних аспектів управлінської діяльності;
- наявність кваліфікованих кадрів;
- надійність та своєчасність інформації;
- адекватність фінансування та матеріально-технічної бази;
- перерозподіл функцій та реорганізація під них структури керуючих суб'єктів на всіх ієрархічних рівнях при широкому делегуванні прав і обов'язків керівникам та ін.

Завданнями апарату управління є:

- формування цілей, напрямлень, заходів та координація діяльності лікувального закладу по повному та своєчасному задоволенню потреб населення в кваліфікованій медичній допомозі населенню, забезпеченню гарантованості та доступності її всім прошаркам населення, ефективному

використанню кадрових, матеріальних, фінансових ресурсів та наукового потенціалу, направлених на поліпшення здоров'я населення з використанням можливостей, закладених в діючі системи охорони здоров'я;

- організаційно-методичне керівництво законами, які направлені на:

- удосконалення охорони материнства та дитинства, підвищення рівня профілактичної роботи амбулаторно-поліклінічного закладу для жінок та дітей;

- забезпечення проведення заходів, направлених на підвищення рівня медичної допомоги працюючих та якості лікарняно-трудової дисципліни в комплексі заходів по зниженню захворюваності з тимчасовою втратою працездатності;

- інтенсифікацію лікувально-діагностичного процесу, удосконалення консультативної служби; розвиток і удосконалення спеціалізованих видів медичної допомоги населенню;

- проведення щорічної всезагальної диспансеризації населення, комплексу медичних і соціальних заходів. Направлених на укріплення здоров'я населення, затвердження здорового способу життя, збільшення активного довголіття;

- проведення заходів з профілактики та зниженню загальної та інфекційної захворюваності;

- удосконалення та проведення нових управлінських підходів в безпосередній практиці;

- проведення систематичного аналізу якісних показників роботи лікарні, рівня медичної допомоги та стану здоров'я населення;

- організація заходів по підвищенню кваліфікації кадрів, удосконалення матеріально-технічної бази, соціальному розвитку колективу лікарні;

- організація інформаційного забезпечення управлінської діяльності;

– забезпечення та загальне керівництво фінансово-господарською діяльністю лікарні.

Проведений огляд фахової літератури з менеджменту дозволяє виділити етапи розвитку концепцій управління, коротка характеристика яких наведена в табл. 1.6.

*Таблиця 1.6*

**Етапи розвитку концепцій управління**

| <b>Етап</b> | <b>Домінуюча тенденція</b> | <b>Спрямованість управлінських концепцій</b>                                                  | <b>Переважаючі методи та інструменти</b>                                                                                                                                                     |
|-------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Перший      | Виробнича                  | Поопераційне провадження діяльності з розробленого алгоритму                                  | Процедури, правила, методи примусу працівників, штрафи                                                                                                                                       |
| Другий      | Кібернетична               | Поопераційне виконання діяльності за алгоритмом, що підтримується інформаційними технологіями | Інструментарій інформаційних технологій                                                                                                                                                      |
| Третій      | Гуманістична               | Застосування гуманітарних технологій                                                          | Стимулюючі системи оплати, командоутворення, дизайн завдання, участь працівників в управлінні, організаційна культура                                                                        |
| Четвертий   | Стосункова                 | Побудова мереж та стратегічних альянсів                                                       | Зовнішній примус та самовиконувані угоди, інвестиції у стосунково-специфічні активи, застави, спільні інвестиційні проекти та програми, обмін досвідом, технічною, маркетинговою інформацією |
| П'ятий      | Інноваційна                | Створення нових технологій                                                                    | Відкриті інновації, методи отримання знань, методи залучення працівників в інноваційну діяльність, інструментарій теорії вирішення винахідницьких завдань, та ін.                            |

Як випливає з даних таблиці 1.6, спочатку основу концепцій управління складав механізм, тому технології управління представлялися як поопераційне провадження діяльності, згідно з розробленим алгоритмом. Розвиток концепцій управління здійснювалося у напрямі розширення спектра об'єктів управління та способів впливу на них.

Сучасні концепції менеджменту починають вибудовуватися на основі знань та поведінкових характеристик працівників, партнерів підприємства та споживачів. Це стає основою нових технологій управління. Раніше розроблені операційні технології управління зберігаються в арсеналі керівників, але змінюють свою значимість.

Логічним завершенням генези концепцій менеджменту є виділення сучасних тенденцій у розвитку технологій управління, які викликані факторами глобальних процесів. Для цього використані матеріали літературних джерел [22; 33; 34 та ін.]:

- поява поряд із спеціалізованими технологіями комплексних, в яких поєднуються технологічні, економічні, організаційні, соціальні процеси, наприклад, технологія управління якістю, технології поведінки підприємств на ринку; технології реструктуризації та ін.

- розвиток технологій організації діяльності, наприклад, побудова та регламентація мережевих, віртуальних, горизонтальних утворень;

- розвиток нових технологій підвищення ефективності підприємств, а саме інформаційних, логістичних, фінансових технологій;

- розвиток маркетингових технологій, серед яких технології формування масової свідомості та маркетингу взаємодії;

- розробка концепцій зі створення нових технологій, які можна назвати високими технологіями управління та до яких можна віднести технології відкритих інновацій, технології отримання та придбання знань, технологію вирішення винахідницьких завдань тощо.

Сучасний світ змінюється безперервно і стрімко, торкаючись всіх боків життя людей, залучаючи до цього процесу підприємства та організації. Якщо на ці процеси не звертати уваги та залишати їх без контролю, зміни, що відбуваються у зовнішньому середовищі, можуть породжувати в організаціях тяжкі непоправні наслідки. Зміни важливі для будь-якої організації, оскільки без них суб'єкти ринкових відносин швидко втрачають свої конкурентні переваги і перестають відповідати тим вимогам, які ставлять перед ним

споживачі. Тому для того щоб вистояти в часи глобальних змін, керівництво повинно вміти їх передбачити, вчасно і точно реагувати і управляти ними.

З огляду на динаміку ринкового середовища, як вчені, так і практики сходяться на думці про необхідність здійснення організаційно-структурних перетворень в організаціях для забезпечення їх розвитку і подальшого існування. Такі перетворення в менеджменті позначаються терміном «організаційні зміни».

Передумови використання поняття «зміна», датовані ще III-IV ст. до н.е. Серед перших згадок про зміни в теорії управління відзначаються у дослідженнях австрійського вченого Й. Шумпетера, який виділив 5 типових змін, об'єктивно необхідних для розвитку організації (рис. 1.3).

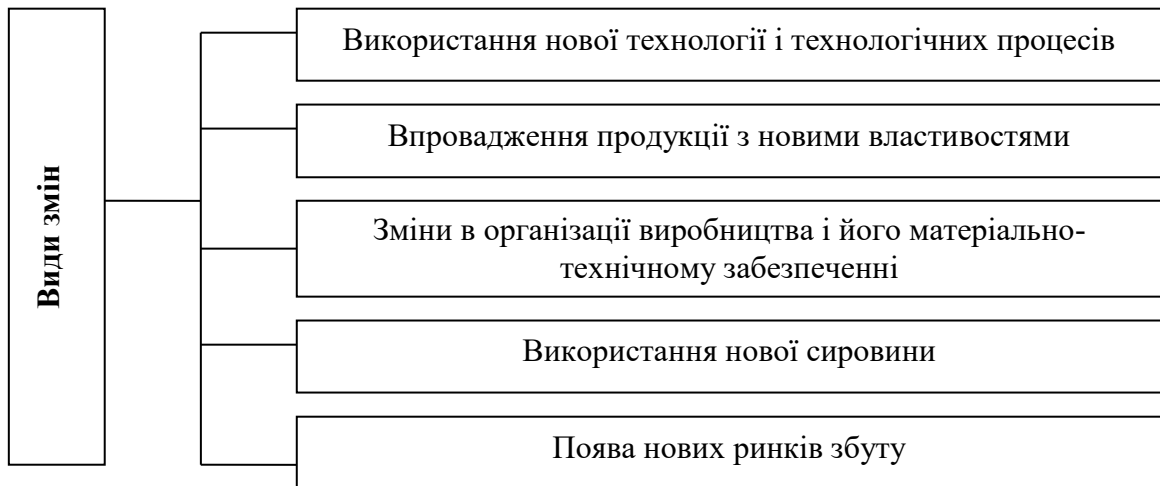


**Рис. 1.3. Види змін в діяльності організації по Й. Шумпетеру**

У теорії і практиці менеджменту вчені розглядають зміни з трьох позицій: як новий стан; як процес руху; як синонім терміну «реорганізація», «трансформація», «нововведення», «організаційні зміни», «реінжиніринг», «реструктуризація», проте єдиного визначення змін в сучасній управлінській думки не надано.

У наукових джерелах немає однозначного тлумачення поняття «організаційні зміни» – вони розглядаються як заміщення одного або декількох елементів організації (цілей, структури, технології, персоналу) іншими за змістом компонентами під впливом внутрішніх і зовнішніх

чинників [6, с. 103]; як процес переходу організації, як системи, з одного стійкого стану в інший з використанням існуючих ідей і концепцій [24, с. 13]; як формування нового організаційного устрою, адекватного характеру змін зовнішнього середовища [12, с. 28]; як перетворення форми та структури організації з тим, щоб вона краще виживала в навколишньому середовищі [7, с. 164].

У сучасному науковому дискурсі існує кілька концепцій змін (рис. 1.4).

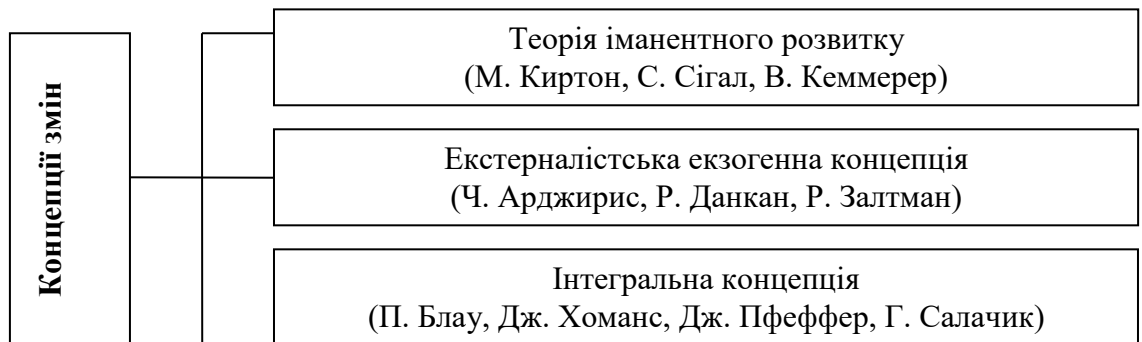


**Рис. 1.4. Основні концепції змін**

Розробники теорії іманентного розвитку дотримуються позиції, що будь-яка структура піддається змінам внаслідок невід’ємно притаманної їй якості змінності, виходячи з власних можливостей і наявних ресурсів [9].

Протилежний погляд на причину виникнення змін в організаціях пропонують прихильники екстерналістського екзогенної концепції (Ч. Арджирис, Р. Данкан, Р. Залтман), які вбачають причини виникнення змін виключно за межами організації [43]. Найбільш прогресивною вважається інтегральна концепція (П. Блау, Дж. Хоманс, Дж. Пфедфер, Г. Салачик), яка синтезує наведені вище концепції в єдину і найбільш дієву, оскільки дозволяє враховувати вплив як внутрішніх, так і зовнішніх чинників змін [23].

Різноманітність змін можна класифікувати за багатьма ознаками, однак з точки зору управління важливим є поділ за наступними чотирма (табл. 1.7).

### Класифікація організаційних змін

| Класифікаційна ознака                             | Види змін                              | Коментарі                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. За джерелами виникнення змін                   | - внутрішні;<br>- зовнішні             | Джерело чинників виникнення впливає на здатність управлінців керувати процесом реалізації змін                                                                       |
| 2. Залежно від цілеспрямованості                  | - плановані;<br>- незаплановані        | Значною мірою визначає процес проведення змін і модель управління ними                                                                                               |
| 3. За спрямованістю чинників, спонукаючих до змін | - зміни адаптації;<br>- зміни розвитку | Впливає на кінцеву мету, методи та інструменти управління                                                                                                            |
| 4. За характером спонукання                       | - вимушені;<br>- привабливі            | Визначає виникнення такого специфічного феномена, як опір змінам, а значить необхідності застосування методів і механізмів її подолання в процесі управління змінами |

Складність реалізації змін, непередбачуваність їх результатів, неоднозначне ставлення до них персоналу та керівників організацій вимагає формування спеціальної системи управління. Термін «управління змінами» доцільно розуміти як сукупність принципів, методів і прийомів спеціального управління, в процесі якого вводиться комплекс взаємоузгоджених заходів, спрямованих на реалізацію зміни з метою адаптації організацій до нових умов господарювання або розвитку в перспективі [23].

В даний час визначення управління змінами включає в себе, як організаційні зміни процесів управління, так і окремі моделі управління змінами.

На даному етапі розвитку вітчизняні заклади охорони здоров'я практично не застосовують у своїй діяльності прийоми управління змінами, вважаючи більш актуальними питання, що стосуються стратегічного управління. Тому в якості передумов виникнення наряду «управління змінами» щодо українських закладів охорони здоров'я, можна виділити наступні:

1. Зміна умов функціонування внаслідок реформування системи охорони здоров'я, зростання ролі пацієнтів; зміна в діяльності закладів охорони здоров'я, пов'язаної з людським фактором.

2. Зниження ефективності застосування стратегічного управління в організаціях, зокрема закладах охорони здоров'я. Слід зазначити, що управління змінами є еволюційним продовженням такого наукового напрямку, як стратегічне управління, виток розвитку якого перейшов на якісно новий рівень. При цьому не можна ототожнювати ці два напрямки науки управління, оскільки вони виконують різну функцію.

З огляду на важливість залучення керівного апарату, зміни перетворюються в програми трансформації або реорганізації, ініційовані керівництвом.

Досягнення ефективних змін залежить від налагодження в організаціях процесу управління змінами. Управління змінами може відбуватися відповідно до трьох підходів: реактивного, проактивного та ігнорування змін (табл. 1.8).

*Таблиця 1.8*

#### **Підходи до управління змінами**

| <b>Підходи</b>                                          | <b>Характеристика шляху</b>                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Реактивний                                              | Часто рухаємося, реагуємо на зміни, коли вже пізно, результативність організації знижується, зміни вводяться примусово                                                                           |
| Проактивний                                             | Менеджмент заздалегідь готується до змін, планує їх, чекає певних зрушень у зовнішньому середовищі та всередині організації, прагне бути трохи попереду, вводячи організаційні зміни заздалегідь |
| Ігнорування змін в надії, що вони зникнуть самі по собі | Підхід тупиковий, веде в нікуди.                                                                                                                                                                 |

При реактивному підході до змін персонал організації спочатку знаходиться в шоковому стані, потім настає етап заперечення необхідності внесення будь-яких корективів в управління, далі етап злості, образи і тільки потім починається повільний і болючий шлях одужання. З'являються нові сили, стають зримими нові цілі організації, захоплює напружена робота і приходить довгоочікуваний успіх. Людина влаштована так, що після успіху настає релаксація, заспокоєність. На підприємстві накопичуються нові

проблеми, змінюється зовнішнє середовище, персонал знову спізнюється зі змінами, тобто цикл повторюється.

Проактивний підхід до змін чіткий і простий. Це шлях без спадів і провалів, що включає ініціацію змін, реалізацію ініціатив, інтеграцію і потім ініціацію нових змін.

Підхід, який характеризується ігноруванням змін в надії, що вони зникнуть самі по собі – це пасивний підхід. Він непридатний для сучасних організацій, а тому керівникам від такого підходу слід відмовлятися.

При розгляді змін до організації важливим і основним питанням є те, як відбуваються певні зміни. Останні можна розглядати у вигляді проекту або моделі, які стають інструментом, корисним, як для абстрактного розуміння змін, так і для реалізації бажаних змін на практиці.

Таким чином, ефективне управління змінами в організації є складним, але найважливішим завданням. Управління змінами – це управління переходом організації як системи, з одного стійкого стану в інший, як правило, більш якісний. Цей процес обумовлений тиском факторів зовнішнього і внутрішнього середовища і включає ініціювання змін: визначення необхідності змін, їх планування, організацію (створення команди змін, забезпечення підтримки змін та ін.), формування системи мотивації змін, контролю, регулювання змін і їх завершальне впровадження.

### **Висновки до розділу 1**

В першому розділі досліджено теоретичні аспекти діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема розглянуто моделі управління в закладах охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід; вивчено методичні підходи до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я; проаналізовано сучасні концепції менеджменту закладів охорони здоров'я.

За підсумками вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду формування моделей управління в закладах охорони здоров'я встановлено,

що розглянуті моделі охорони здоров'я відрізняються ступенем участі держави у фінансуванні сфери, джерелами фінансування, формами власності продуцентів послуг, ступенем охоплення одержувачів послуг програмами державної підтримки.

В Україні відбувається перехід від державної до приватно-підприємницької моделі із контрактною моделлю фінансування. Модель заснована на державному управлінні (управлінні фінансуванням, збиранням коштів, формуванні державного замовлення, встановленням цін на послуги) при планомірному збільшенні участі приватного капіталу. Дана система в сучасних умовах найбільш економічна та раціональна при наданні споживачам доступних та якісних послуг.

За підсумками вивчення методичних підходів до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я встановлено, що результативність діяльності системи охорони здоров'я, медичних закладів та окремих програм прийнято оцінювати з точки зору соціальної, медичної та економічної ефективності, перші дві, з яких є основними.

На підставі проаналізованих методичних підходів автором обрано показники, які запропоновано розділити за трьома групами:

1. Показники, що характеризують кадрові ресурси закладів охорони здоров'я.
2. Показники, що характеризують діяльність закладів охорони здоров'я у розрізі видів допомоги.
3. Показники, що характеризують результати діяльності закладів охорони здоров'я.

Сучасні концепції менеджменту починають вибудовуватися на основі знань та поведінкових характеристик працівників, партнерів підприємства та споживачів. Це стає основою нових технологій управління. Раніше розроблені операційні технології управління зберігаються в арсеналі керівників, але змінюють свою значимість.

За результатами вивчення сучасних концепцій менеджменту закладів охорони здоров'я визначено, що у мінливому ринковому середовищі сучасним організаціям дуже важко зберігати свою конкурентоспроможність, для цього вони повинні постійно пристосовуватися до нових технологій і перепадів попиту на медичні послуги. В ході аналізу існуючих трактувань поняття управління змінами виявлені деякі їх загальні особливості та запропоновано узагальнене визначення даної категорії: «управління змінами – це комплексний підхід до управління новим станом організації на основі використання сучасних методів, моделей і технологій менеджменту, а також впровадження змін на індивідуальному рівні (пов'язаному з людьми), на організаційному рівні (зміни, що стосуються організації) і на рівні бізнес-процесів і систем.

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРКАСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»**

### **2.1. Характеристика організаційно-структурної побудови закладу охорони здоров'я**

Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська центральна районна лікарня» (скорочено – КНП «Черкаська ЦРН») зареєстрована рішенням Червонослобідської сільської ради, рішення №1-3-98 від 06.03.1995 року. Місце знаходження закладу охорони здоров'я, відповідно до установчих документів: Черкаська область, Черкаський район, с.Червона Слобода вул. Пирогова, 3/1, що відповідає фактичному місце знаходженню.

КНП «Черкаська ЦРН» являє собою багатoproфільний лікарняно-профілактичний заклад, який підпорядковується обласному відділу охорони здоров'я і знаходиться в комунальній власності. Фінансується міська лікарня за рахунок бюджету, але є ще й госпрозрахункове фінансування.

Основними завданнями КНП «Черкаська ЦРН» є:

- забезпечення у повному обсязі невідкладною висококваліфікованою спеціалізованою стаціонарною та поліклінічною медичною допомогою населення Черкаського району;
- організація і контроль за постановкою і рівнем статистичного обліку і звітності в підрозділах лікарні, а також безпосереднє здійснення статистичних досліджень – складання звітів, аналізів стану здоров'я населення;
- вивчення, узагальнення та розповсюдження досвіду роботи передових лікувально-профілактичних закладів Черкаської області;
- підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу відділень лікарні та інших лікувальних закладів;
- впровадження та використання нових передових методів обстеження та лікування хворих лікарні;

- широке застосування в терапії хворих лікувального харчування, фізичних методів лікування, лікарняної фізкультури, інших методів відновлювального лікування, а також раціонального використання в обслуговуванні хворих лікувально-охоронного режиму.

Площа лікарні складає 3,8 га, територія озеленена, благоустрій задовільний, є асфальтовані доріжки, під'їзди шляхи. КНП «Черкаська ЦРН» має такі будівлі:

- типові (5-ти поверховий хірургічний корпус, 3-х поверховий терапевтичний корпус, поліклініка та харчоблок);
- пристосовані 1-поверхові (гастроентерологічне відділення, пульмонологічне, неврологічне, бухгалтерія, лабораторія).

Капітального ремонту потребують дах хірургічного корпусу, дах поліклініки та будівля лабораторії. Також частина відділень стаціонару і поліклініка потребують косметичного ремонту.

Водопостачання лікарні централізоване гарячою і холодною водою, якість води задовільна, каналізація централізована міська. Опалення КНП «Черкаська ЦРН» централізоване від районної котельні, електропостачання відбувається від міської електромережі, перебоїв внаслідок відключень практично немає за рахунок аварійного електропостачання. Газом КНП «Черкаська ЦРН» забезпечується від міської газової мережі. Телефонізація лікарні задовільна, всі основні підрозділи лікарні телефонізовані за рахунок міської телефонної мережі. Також є місцева лікарняна телефонна мережа, але в даний час вона не працює.

Потужність КНП «Черкаська ЦРН» складає 320 ліжок та 85 ліжок денного стаціонару на базі поліклініки. Кількість амбулаторних відвідувань – 600 за зміну.

Трудові ресурси КНП «Черкаська ЦРН» складає її трудовий колектив, який формується згідно чинного трудового законодавства України. Трудові відносини з найманими працівниками регулюються трудовими договорами та укладаннями за згодою сторін контрактами. Усі працівники лікарні

підлягають обов'язковому державному страхуванню та пенсійному забезпеченню згідно з діючим законодавством.

У КНП «Черкаська ЦРН» застосовуються такі системи оплати праці:

- оплата праці відповідно до обсягів виконуваних робіт, що визначаються на підставі встановлених нормативів часу;
- колективна (оплата за нормативом (у відсотках) від суми зароблених коштів);
- багатофакторна (змішана).

Результати аналізу динаміки фонду оплати праці у КНП «Черкаська ЦРН» за період 2021 – 2023 рр. представлений на рис. 2.1.

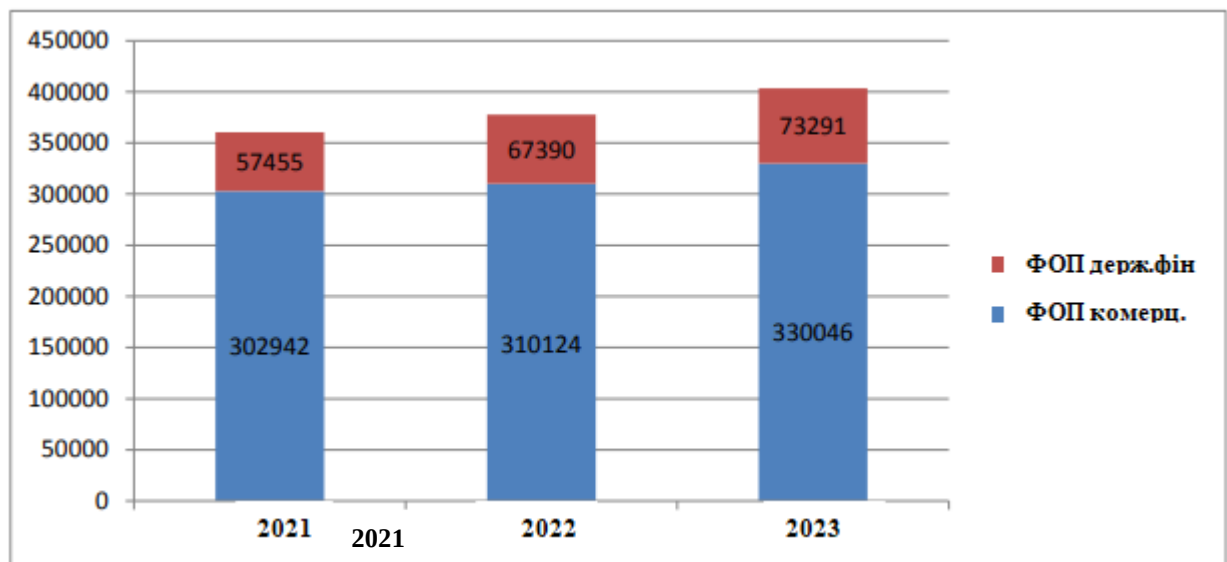


**Рис. 2.1. Динаміка фонду оплати праці КНП «Черкаська ЦРН»**

За весь аналізований період можна спостерігати лише невеликий приріст фонду оплати праці організації за рахунок зниження темпу приросту ФОП, що формується з коштів обласного бюджету.

Результати аналізу динаміки середнього рівня заробітної плати у КНП «Черкаська ЦРН» за групами медичного персоналу представлені на рис. 2.2.

Як впливає з рис. 2.2, динаміка заробітної плати у КНП «Черкаська ЦРН» позитивна; заробітна плата, хоч і незначно, зростає. При цьому більшою мірою зростає заробітна плата молодшого медичного персоналу. За даними експертного опитування, це можна пояснити низьким її рівнем та

високою плинністю кадрів; керівництво організації, бажаючи утримати молодший медичний персонал на своїх робочих місцях, підвищує їм заробітну плату дещо більше, ніж лікарям та середньому медичному персоналу.

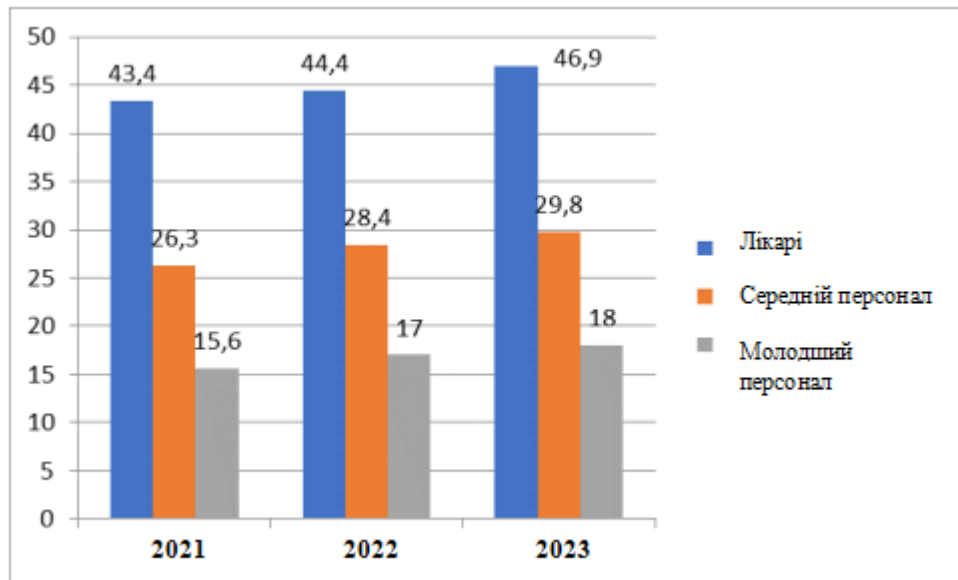


**Рис. 2.2. Динаміка середнього рівня заробітної плати КНП «Черкаська ЦРН» за групами медичного персоналу**

Керівництво діяльності лікарні здійснюється головним лікарем – М. В. Гуськовим, який призначається та звільняється згідно з чинним законодавством. При лікарні організуються медична Рада, Рада медичних сестер, що діють на підставі спеціальних положень, затверджених обласним Управлінням охорони здоров'я у Черкаській області.

В безпосереднє відання головному лікарю передаються питання:

- встановлення лікувально-діагностичного процесу в лікарні. Під особливим контролем тримає виконання різних лікувальних заходів серед підлітків, працівників, інвалідів та учасників бойових дій, прирівняних до них пільгам, самотніх престарілих громадян;
- організація контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу на рівні 3-го ступеню відповідно до сучасних вимог та медичних розробок;

- проведення санітарно-протиепідеміологічних заходів в лікарні;
- керівництво заходами по підвищенню кваліфікації лікарського середнього медичного персоналу;
- організація розгляду листів та звернень громадян та прийняття по ним рішень;
- проведення 3-го ступеню контролю утримання техніки безпеки в структурних підрозділах лікарні;
- керівництво роботою групи наукової інформації та передового досвіду.

Структура лікарні складається з таких лікувально-діагностичних і допоміжних відділень і служб:

а) лікувальні відділення:

- ЛОР - відділення ( 40 ліжок );
- відділення черепно - лицьової хірургії ( 20 ліжок );
- очне відділення ( 40 ліжок );
- інфарктне відділення (40 ліжок );
- кардіологічне відділення (40 ліжок);
- гастроентерологічне відділення ( 45 ліжок );
- гематологічне відділення (15 ліжок );
- пульмонологічне відділення (40 ліжок);
- неврологічне відділення ( 40 ліжок);
- відділення інтенсивної терапії ( 6 ліжок );

Також є приймальне відділення.

б) діагностичні служби та відділення:

- лабораторія;
- рентгенологічне відділення;
- відділення радіоізотопної діагностики ;
- відділення функціональної діагностики;
- кабінет УЗД;
- кабінет ендоскопічних досліджень.

в) допоміжні служби:

- харчоблок;
- гараж;
- бухгалтерія;
- господарча частина.

Організаційна структура лікарні спрямована на чіткий розподіл функціональних, затверджена Міністерством охорони здоров'я та є типовою для медичних закладів такого рівня.

Завданнями апарату управління КНП «Черкаська ЦРН» є:

1. Формування цілей, напрямлень, заходів та координація діяльності лікувального закладу по повному та своєчасному задоволенню потреб населення в кваліфікованій медичній допомозі населенню, забезпеченню гарантованості та доступності її всім прошаркам населення, ефективному використанню кадрових, матеріальних, фінансових ресурсів та наукового потенціалу, направлених на поліпшення здоров'я населення з використанням можливостей, закладених в діючі системи охорони здоров'я.

2. Організаційно-методичне керівництво законами, які направлені на:

- удосконалення охорони материнства та дитинства, підвищення рівня профілактичної роботи амбулаторно-поліклінічного закладу для жінок та дітей;

- забезпечення проведення заходів, направлених на підвищення рівня медичної допомоги працюючих та якості лікарняно-трудової дисципліни в комплексі заходів по зниженню захворюваності з тимчасовою втратою працездатності;

- інтенсифікацію лікувально-діагностичного процесу, удосконалення консультативної служби; розвиток і удосконалення спеціалізованих видів медичної допомоги населенню;

- проведення щорічної всезагальної диспансеризації населення, комплексу медичних і соціальних заходів, направлених на укріплення

здоров'я населення, затвердження здорового способу життя, збільшення активного довголіття;

- проведення заходів з профілактики та зниженню загальної та інфекційної захворюваності;
- удосконалення та проведення нових управлінських підходів в безпосередній практиці;
- проведення систематичного аналізу якісних показників роботи лікарні, рівня медичної допомоги та стану здоров'я населення;
- організація заходів по підвищенню кваліфікації кадрів, удосконалення матеріально-технічної бази, соціальному розвитку колективу лікарні;
- організація інформаційного забезпечення управлінської діяльності;
- забезпечення та загальне керівництво фінансово-господарською діяльністю лікарні.

Спільно з усіма фахівцями щорічно на засіданнях, конференціях, заняттях проробляються інструкції, вчасно вивчаються діючі положення, розпорядження по диспансеризації, спостереженню за контингентами осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками, умовами роботи з медичних показників, обговорюються разом із профспілками підприємств показники захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, розробляються комплексні плани санаторно-оздоровчих заходів і здійснюються разом з адміністрацією і спеціалістами контроль за їх виконанням, аналізуються причини захворюваності, розробляються заходи щодо їхньої профілактики і зниження.

Зважається питання про організацію і проведення попередніх, періодичних, цільових медичних оглядів. Щорічно плануються заняття з усіма службами, у тому числі і з працівниками реєстратури і молодшим медичним персоналом. Якість надання медичної допомоги контролюється шляхом проведення експертної оцінки.

Усі важкі в діагностиці випадки захворюваності, і зроблені лікарями помилки розглядаються на оперативних засіданнях лікарів і лікарських конференцій.

Медичний персонал постійно підвищує свою кваліфікацію шляхом самопідготовки, на курсах підвищення кваліфікації, внутрішньо-поліклінічних конференціях, медичних суспільствах.

Щорічно проводиться конкурс на кращу медичну сестру, атестація лікарів, фельдшерів і медичних сестер на визначення знань і практичних навичок. Протягом 2022 – 2023 років підвищили свою кваліфікацію на курсах удосконалення лікарів 24 особи. Атестовано 17 лікарів. З них: вища категорія – 8 осіб, I категорія – 5 осіб, II категорія – 4 особи. Переатестовано 6 старших медсестер на вищу категорію.

Таким чином, організаційно-структурна побудова КНП «Черкаська ЦРН» відповідає потребам у забезпеченні населення району її діяльності якісним медичним обслуговуванням.

## **2.2. Аналіз показників діяльності закладу охорони здоров'я**

КНП «Черкаська ЦРН» обслуговує більшу частину населення Черкаського району. Обслуговуване населення складає 83,173 тисяч чоловік, у тому числі дитяче населення до 14 років обслуговує дитяче відділення лікарні. Основним контингентом є:

- діти та підлітки;
- доросле населення;
- пенсіонери;
- працівники промислових підприємств та приватних фірм, які знаходяться на території обслуговування лікарні.

Транспортне забезпечення лікарні обмежене. При потребі 22 автомобілі, є лише 15, з них на ходу – 10, зокрема – 3 машини санітарного транспорту; 1 вантажний автомобіль; інші легкові автомобілі, які забезпечують дільничну службу.

Кількість територіальних лікарських дільниць на кінець 2023 року становить 48. Середня чисельність прописаного населення на лікарській дільниці становить 1733 особи. Показники обслуговування населення лікарнею приведена в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Структура населення району діяльності КНП «Черкаська ЦРН»,  
2021 – 2023 рр.**

| <b>Населення</b>                           | <b>2021 рік</b> | <b>2022 рік</b> | <b>2023 рік</b> |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Всього населення                           | 83396           | 84761           | 83173           |
| Підлітки 15-18 років                       | 7902            | 5752            | 3853            |
| В тому числі учні ЗОШ                      | 2925            | 1594            | 447             |
| Студенти                                   | 2894            | 2084            | 1910            |
| Працюючі підлітки                          | 22              | 54              | 245             |
| Не працюють і не навчаються                | 154             | 481             | 379             |
| Учнів і студентів 18 років і старше        | 3674            | 4762            | 5027            |
| Жінок                                      | 43812           | 44730           | 44283           |
| Працюючих на крупних підприємствах         | 25984           | 24491           | 24813           |
| Одиноких престарілих                       | 200             | 267             | 218             |
| Особи похилого віку (65 років і старше)    |                 | 10676           | 10410           |
| Прирівняних до них по пільгах              | 321             | 274             | 310             |
| Учасників бойових дій                      | 3718            | 3617            | 3654            |
| Інвалідів Вітчизняної війни та бойових дій | 392             | 348             | 444             |
| Переселенців                               | 572             | 553             | 469             |
| Діти, що народились від 1-3 гр. обліку     | 2368            | 2348            | 2095            |

Лікарня здійснює облік прийнятих хворих на лікування в стаціонар (ф. № 003/у) та амбулаторне лікування в поліклініці (ф.№ 2) та інші види роботи обліковуються по затверджених балансах, у журналах реєстрації викликів до хворих додому, журнал обліку процедур, журнал обліку хворих у стаціонарі денного перебування та багато інших облікових документів.

Звіти про свою діяльність КНП «Черкаська ЦРН» надає за формами у терміни, що встановлені органами державної статистики та охорони здоров'я.

Оцінка діяльності лікарні проводиться самостійно на основі аналізу лікувально-профілактичної, господарської та фінансової діяльності лікарні. Перевірка та ревізія стану майна, що знаходиться у господарській діяльності лікарні, проводиться міським Управлінням охорони здоров'я не більше одного разу на рік. Перевірка діяльності лікарні іншими контролюючими органами здійснюється у відповідності з чинним законодавством України.

Проаналізуємо окремі показники роботи лікарні. Так, по терапевтичному відділенню протягом 2021 – 2023 років виникло скорочення штатів, відзначалася велика плинність і скорочення кадрів, перебої з забезпеченням медикаментами. Не дивлячись на це, кількість диспансерних хворих виросла, збільшилася диспансерна група по серцево-судинній патології, збільшився відсоток виявлення хворих при оглядах, відсоток оздоровлення ЧДХ, зменшилася кількість первинного виходу на інвалідність. Однак, у роботі терапевтичного відділення мається ряд недоліків, що значно позначилися на показниках роботи відділення: знизився загальний відсоток оздоровлення «Д» групи хворих за рахунок значного зниження відсотків оздоровлення хворих у профілакторії. Недостатнім є виявлення хворих з ІХС, ГХ-І, патологією шлунково-кишкового тракту, не в повному обсязі використовується можливість денного стаціонару для оздоровлення хворих.

Розглянемо й охарактеризуємо показники діяльності допоміжних і лікувальних кабінетів.

Рентгенологічна служба в КНП «Черкаська ЦРН» використовує всі необхідні для лікувально-діагностичного процесу методики рентгенообстеження, рекомендовані для використання в амбулаторно-поліклінічних умовах. Рентгенодіагностична апаратура обладнана задовільно. У зв'язку з важкими економічними умовами затяжкий ремонт рентгеноапаратури фахівцями медтехніки через тривалу несплату рахунків. Спостерігаються з тих же самих причин перебої з забезпеченням рентгенів і флюороплівкою, контрастними речовинами. У зв'язку з цим спостерігається неритмічність показників роботи відділення (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Показники роботи рентгенологічної служби КНП «Черкаська ЦРН»,  
2021 – 2023 рр.**

| Медичні послуги                          | 2021  | 2022  | 2023  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Число рентгенограм зубів                 | 4020  | 3601  | 3661  |
| Обстеження желчевиділяючих шляхів        | 41    | 3     | 36    |
| Обстеження сечостатевої системи          | 82    | 117   | 149   |
| Рентгенологічні профілактичні обстеження | 50123 | 48763 | 49514 |

Відділенням функціональної діагностики проводяться діагностичні медичні огляди. Локально-автоматизована система управління «Здоров'я» протягом 2021 – 2023 року виконала таку роботу:

1. Оброблено технологічних карт із виданням протоколів про стан здоров'я і усіх вихідних форм документів на 53232 чоловік;
2. Сформовано план-графіка і видані списки пацієнтів з приводу звернень;
3. Виконана реорганізація бази даних на СМ 1420.01 відповідно до підсистеми АСУ «Кадри»;
4. Проведена визначена робота з питання застосування персонального ЕОМ у біопунктурній діагностиці, проте, через відсутність валюти даний комплекс придбаний не був;
5. Організовано додаткове робоче місце для лікаря функціональної діагностики;
6. Оновлено комплекс комп'ютерних програм, що забезпечує формування всіх звітних форм по роботі відділу;
7. Розроблено пакет прикладних програм з обліку звітності про проходження флюорографії;
8. Оновлено пакет програм по веденню статистичного обліку у зв'язку з реформуванням медичної галузі, що містить у собі такі розділи:
  - ведення реєстрації;
  - уведення нового статистичного талона;

- щоденник лікаря;
- підготовка і видача звітних форм документації.

На протязі трьох останніх років пройшли обстеження наступні групи пацієнтів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Групи здоров'я відвідувачів КНП «Черкаська ЦРН», 2021 – 2023 рр.

| Групи                          | 2021          | 2022          | 2023          |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Група «Здоровий»            | 19851 (52,3%) | 19780 (52,1%) | 23533 (56,9%) |
| 2. Група «Практично здорові»   | 6377 (16,8%)  | 6675 (17,6%)  | 4881 (11,8%)  |
| 3. Група «Потреба в лікуванні» | 11729 (30,9%) | 11382 (30,3%) | 12945 (31,3%) |

На всіх оглянутих заведена обліково-статистична форма № 131 у. Усього заведено 53232 форм. Особи з підозрою на інфекційні захворювання після додаткового обстеження направлені для лікування в стаціонар.

У таблиці 2.4 розглядається робота стоматологічного відділення.

Таблиця 2.4

**Робота стоматологічного відділення КНП «Черкаська ЦРН»,  
2021 – 2023 рр.**

| Рік  | Число<br>усього | Відвіду-<br>вань | Усього<br>пролі-<br>ковано | Профілактична робота                |                                                 |             |
|------|-----------------|------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|
|      |                 |                  |                            | оглянуто<br>у плановому<br>порядку- | з числа<br>оглянутих<br>підлягають<br>лікуванню | проліковано |
| 2021 | 45991           | 21346            | 13677                      | 1298                                | 6583                                            | 4572        |
| 2022 | 50132           | 20870            | 14036                      | 130981                              | 6437                                            | 4600        |
| 2023 | 46039           | 19143            | 12410                      | 13126                               | 6651                                            | 4635        |

Якісні показники роботи відділення задовільні. Якісні показники збільшені через збільшення чисельності працюючих, укомплектованості кадрів. Просліджується тенденція до постійного поліпшення забезпечення необхідними матеріалами для роботи кабінету, матеріально-технічної бази відділення.

Робота фізіотерапевтичного відділення по роках надається в табл. 2.5.

**Діяльність фізіотерапевтичного відділення КНП «Черкаська ЦРН»,  
2021 – 2023 рр.**

| Назва                              | 2021  | 2022  | 2023   |
|------------------------------------|-------|-------|--------|
| Число осіб, що закінчили лікування | 20315 | 24507 | 23706  |
| Число відпущених процедур          | 19763 | 22712 | 211219 |

До складу фізіотерапевтичного відділення входять: фізкабінет, інгаляторій, водолікування, ручний і електричний масаж. Відділення оснащено 63 апаратами, трьома ваннами для підвідного душу-масажу.

Структура поліклініки КНП «Черкаська ЦРН» така:

- реєстратура (зі сховищем для зберігання амбулаторних карт);
- терапевтичні відділення поліклініки, які об'єднують 48 лікарських дільниць;
- хірургічно-травматологічне відділення;
- неврологічне відділення;
- фізіотерапевтичне відділення;
- відділенні профілактики;
- діагностичне відділення;
- денний стаціонар;
- медкомісія ТЦК;
- госпрозрахункове відділення та кабінети: офтальмологічний, ЛОР, підлітковий, пульмонологічний, кардіологічний, ревматологічний, гастроентерологічний, гематологічний, маніпуляційний, гастроентерологічний, гематологічний, маніпуляційний, профілактичних щеплень, масажу та ЛФК. Статистичний кабінет, радіоізотопна лабораторія, клінічна лабораторія, рентгенологічне та діагностичне відділення - являються загально - лікарняними і обслуговують як поліклініку, так і стаціонар. Кабінет косметологічний та комісія по огляду водіїв автотранспорту входять до складу госпрозрахункового відділення.

Основні показники роботи поліклініки КНП «Черкаська ЦРН»  
приведені в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

**Основні показники роботи поліклініки КНП «Черкаська ЦРН»,  
2021 – 2023 рр.**

| <b>Показники</b>                                           | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Загальна кількість відвідувань                          | 1015531     | 991152      | 978715      |
| 2. К-сть відвідувань до лікарів поліклініки, в т.ч.        | 537268      | 524554      | 510457      |
| - звернулись з приводу захворювань                         | 382460      | 378246      | 374180      |
| 3. Число відвідувань лікарями вдома                        | 89774       | 90986       | 91168       |
| 4. Число відвідувань на 1 жителя ( заг)                    | 11,7        | 11,4        | 11,7        |
| 5.Число відвідувань на 1 жителя до лікарів поліклініки     | 5.3         | 5.2         | 6,1         |
| 6. Число пролікованих в денному стаціонарі при поліклініці | 1886        | 1910        | 2530        |
| -виконано ліжко-днів                                       | 22201       | 21646       | 24428       |
| -економічний ефект, тис. грн                               | 109,7       | 81,6        | 145         |
| 7. Число пролікованих хворих вдома                         | 870         | 1125        | 1148        |
| -виконано ліжко\днів                                       | 11952       | 12251       | 12006       |
| 8. Диспансерізація учасників бойових дій                   |             |             |             |
| - виконано план огляду( %), всього                         | 83          | 73,3        | 86%         |
| Вт.ч. оглянуто по повній програмі                          | 48,9        | 58,5        | 63,5%       |
| Всього здорових                                            | 12,6        | 13,4        | 12,2%       |
| серед обстежених здорових                                  | 0,1         | 0,1         | 0,07%       |
| 9. Диспансерний нагляд за хворими на хронічні захворювання |             |             |             |
| - знах-ся на “Д” обліку всього                             | 30570       | 30455       | 23348       |
| -у дільничих терапевтів, всього                            | 16412       | 16228       | 13059       |
| На 1 лікаря терапевта                                      | 342         | 338         | 272         |
| 10. К-сть населення, яке обслуговує БМЛ № 1                | 87093       | 87110       | 83396       |
| -дорослого                                                 | 78228       | 78227       | 75494       |
| -дітей та підлітків                                        | 8865        | 8883        | 7902        |
| 11. К-сть населення на 1 дільницю                          | 1814        | 1814        | 1737        |

Аналізуючи показники роботи поліклініки можна зробити висновок, що з 2021 року по 2023 рік збільшилися показники загальної кількості відвідувань поліклініки; кількості хворих, які звернулись з приводу захворювань; числа відвідувань лікарями вдома; числа відвідувань на 1 мешканця; зменшилися показники: кількості населення, яке обслуговує лікарня; кількості населення на 1 дільницю; кількості людей, які знаходяться на диспансерному нагляді на хронічні захворювання. Внаслідок браку приміщень в поліклініці, денний стаціонар, ендоскопічний, зондовий та кабінет УЗД розміщені поза межами поліклініки.

### **2.3. Оцінка результативних показників діяльності закладу охорони здоров'я**

Структура стаціонару лікарні складається з таких лікувально-діагностичних і допоміжних відділень і служб:

а) лікувальні відділення:

ЛОР відділення (40 ліжок), черепно-лицьової хірургії (30 ліжок), очне відділення (40 ліжок), інфарктне (40 ліжок), кардіологічне (40 ліжок), гастроентерологічне (45 ліжок), гематологічне (15 ліжок), пульмонологічне (40 ліжок), неврологічне (40 ліжок), інтенсивної терапії (6 ліжок). Також є приймальне відділення;

б) діагностичні служби та відділення:

лабораторія, рентгенологічне відділення, відділення радіоізотопної діагностики, відділення функціональної діагностики, кабінет УЗД, кабінет ендоскопічних досліджень;

в) допоміжні служби: харчоблок, гараж, бухгалтерія, господарча частина.

Лікарня надає кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу за вищевказаними фахами. Відділення стаціонару: В п'ятиповерховому лікувальному корпусі розташовані:

- в напівпідвальному приміщенні розташований централізований автоклав для стерилізації медичного інструментарію;

- I поверх – анестезіологічне відділення, рентгенодіагностичний кабінет, фізіотерапевтичний кабінет, експрес - лабораторія, стоматологічний та гінекологічний кабінети;

- II поверх – офтальмологічне відділення;

- III поверх – отоларингологічне відділення;

- IV поверх – стоматологічне відділення та денний стаціонар;

- V поверх – операційне відділення.

В стаціонарних відділеннях виділені палати для інвалідів бойових дій.

- Корпус обладнаний природною і примусовою вентиляцією, природним і штучним опаленням, централізованою подачею холодної та гарячої води, водяним опаленням, каналізаційними мережами, ліфтами вантажопідйомністю 500 кг з ліфтовим провідником а також газовим господарством (побут, газові прилади). В двох поверховому лікувальному корпусі розташовані:

- I поверх – гематологічне відділення;

- II поверх – гастроентерологічне відділення.

Відділення оснащене одним фібро-гастроскопом, є маніпуляційна кімната, столова, побутова кімната, гаряча та холодна вода, туалет, ванна.

Існує два одноповерхових лікувальні корпуси. В них розташовані:

- I корпус – неврологічне відділення;

- II корпус – пульмонологічне відділення.

У відділеннях є: кабінет ЛФК, фізкабінет, кабінет масажиста, маніпуляційна, приміщення для столової і роздаточна. Відділення забезпеченні гарячею та холодною водою, є ванна, туалет, побутова кімната. В пульмонології є наявність рентгенкабінету, оснащене двома бронхоскопами.

Основні показники роботи стаціонару КНП «Черкаська ЦРН» за 2021 – 2023 роки приведені в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

**Основні показники роботи стаціонару КНП «Черкаська ЦРН» за  
2021 – 2023 рр.**

| Показники                                             | 2021   | 2022   | 2023   | Темп зростання, % |         |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|--------|-------------------|---------|
|                                                       |        |        |        | 2022/21           | 2023/22 |
| Проліковано хворих за рік, осіб                       | 10559  | 10951  | 10811  | 103,7             | 98,7    |
| Проведено хворими, ліжко- днів                        | 123801 | 122127 | 114830 | 98,6              | 94,0    |
| Процент виконання плану, %                            | 106,0  | 105,5  | 103,3  | -0,5%             | -2,2    |
| Число днів роботи ліжка                               | 361,0  | 358,8  | 351,2  | 99,4              | 97,9    |
| Середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів | 11,1   | 10,6   | 10,7   | 95,5              | 100,9   |
| Оборотність ліжка                                     | 32,4   | 33,7   | 32,7   | 104,0             | 97,0    |
| Летальність, %                                        | 1,3    | 1,3    | 1,4    | 100,0             | 100,9   |

За результатами аналізу показників табл. 2.7 слід зазначити, що у 2022 році збільшилась кількість пролікованих з 10559 осіб у 2021 році до 10811 осіб – у 2022 році, у 2023 році у порівнянні з попереднім відбувалося зниження показника на 1,3 %, що є негативним фактором. Загальна кількість ліжко-днів зменшилася у 2022 році у порівнянні з 2021 роком на 1,4 %, у 2023 році у порівнянні з 2022 роком зменшилась на 6 %.

За період, що аналізується, спостерігається перевиконання плану, але показник зменшується, що свідчить про недостатнє забезпечення населення медичними послугами. Число днів роботи ліжка у 2022 році у порівнянні з 2021 роком скоротилося на 0,6 %, у 2023 році порівняно з попереднім скоротилося на 2,1 %. У нормі цей показник становить –340 дні, що свідчить про перевантаження лікарні.

Середня тривалість перебування хворого на ліжку становить у 2021 році – 11,1 днів, у 2022 році – 10,6 днів, у 2023 році – 10,7 днів. У нормі цей показник чим менший, тим краще (10,6). Зворотність ліжка за 2021 рік – 32,4 ліжко-днів, у 2022 році – 33,7, у 2023 – 32,7. У нормі цей показник чим більший, тим кращий (33,7 ліжко-днів). Летальність збільшилась з 1,3 до 1,4 (незначно), але це негативний фактор.

Проаналізуємо зворотність ліжка за відділеннями. Динаміка показників наведена в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

**Динаміка показника зворотності ліжкового фонду за відділеннями  
КНП «Черкаська ЦРН», за 2021 – 2023 рр.**

| Відділення        | 2021 | 2022 | 2023 | Темп зростання, % |         |
|-------------------|------|------|------|-------------------|---------|
|                   |      |      |      | 2022/21           | 2023/22 |
| Пульманологічне   | 31,2 | 30,0 | 32,0 | 96,1              | 106,6   |
| Кардіологічне     | 30,2 | 28,0 | 28,3 | 92,7              | 101,1   |
| Інфарктне         | 33,1 | 32,3 | 34,3 | 97,6              | 106,2   |
| ГЕВ               | 26,5 | 26,2 | 24,5 | 98,9              | 93,5    |
| Гематологічне     | 20,1 | 21,7 | 19,0 | 107,9             | 87,6    |
| Стоматологічне    | 43,0 | 43,4 | 33,7 | 100,9             | 77,6    |
| Неврологічне      | 32,7 | 34,0 | 37,4 | 104,0             | 110,0   |
| Офтальмологічне   | 38,6 | 36,2 | 38,0 | 93,8              | 105,0   |
| Отоларингологічне | 42,7 | 41,5 | 41,3 | 97,2              | 99,5    |
| Реанімаційне      | 66,5 | 58,2 | 60,6 | 87,5              | 104,1   |
| Дитяче            | 33,2 | 32,4 | 34,4 | 97,6              | 106,2   |
| Всього по лікарні | 33,7 | 32,7 | 33,1 | 97,0              | 101,2   |

За результатами оцінки показників зворотності ліжкового фонду КНП «Черкаська ЦРН» можна зробити висновки, що у 2022 році у порівнянні з 2021 роком зменшилася оборотність ліжка по пульманологічному, кардіологічному, інфарктному, гастроентерологічному, офтальмологічному, отоларингологічному та реанімаційному відділенням. В цілому по лікарні зворотність ліжка зменшилася у 2022 році у порівнянні з 2021 роком на 3 %. У 2023 році у порівнянні з 2022 роком зворотність ліжка збільшилася майже за всіма відділеннями, що в цілому по лікарні забезпечило зростання оборотів ліжка на 1,2 %.

Проаналізуємо процент виконання ліжкоднів КНП «Черкаська ЦРН» за три останні роки за відділеннями (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

**Процент виконання ліжко-днів за відділеннями КНП «Черкаська ЦРН», за 2021 – 2023 рр.**

| Відділення        | 2021  | 2022  | 2023  | Відхилення, % |         |
|-------------------|-------|-------|-------|---------------|---------|
|                   |       |       |       | 2022/21       | 2023/22 |
| Пульманологічне   | 99,1  | 94,0  | 101,3 | -5,1          | +7,3    |
| Кардіологічне     | 103,5 | 98,0  | 98,5  | -5,5          | +0,5    |
| Інфарктне         | 101,0 | 97,0  | 101,1 | -4,0          | +4,1    |
| ГЕВ               | 99,1  | 100,4 | 95,7  | +1,3          | -4,7    |
| Гематологічне     | 98,4  | 110,0 | 90,0  | +11,6         | -20,0   |
| Стоматологічне    | 126,6 | 121,6 | 105,5 | -5,0          | -16,1   |
| Неврологічне      | 106,0 | 107,2 | 108,1 | +1,2          | +0,9    |
| Офтальмологічне   | 107,5 | 102,3 | 103,3 | -5,2          | +1,0    |
| Отоларингологічне | 101,5 | 100,3 | 99,0  | -1,2          | -1,3    |
| Дитяче            | 98,6  | 110,5 | 90,3  | +11,6         | -20,2   |
| Всього по лікарні | 105,5 | 103,3 | 102,4 | -2,2          | -0,9    |

За результатами оцінки показників виконання плану з ліжко-днів можна зробити висновок, що у 2022 році у порівнянні з 2021 роком відбувалося зниження проценту виконання плану майже за всіма відділеннями, що пов'язано з частковим виведенням потужностей у зв'язку з ремонтом.

В цілому по лікарні процент виконання плану зменшився на 2,2 % у 2022 році та на 0,9 % - у 2023 році, порівняно з попереднім. Втрата за рахунок проведення ремонтних робіт складає 2380 ліжко-днів за останні два роки.

Проаналізуємо середнє число перебування хворого на ліжку КНП «Черкаська ЦРН» за три останні роки за відділеннями. Динаміка показників наведена в табл. 2.10.

Таблиця 2.10

**Середнє число перебування хворого на ліжку за відділеннями  
КНП «Черкаська ЦРН», за 2021 – 2023 рр.**

| Відділення        | 2021 | 2022 | 2023 | Відхилення, % |         |
|-------------------|------|------|------|---------------|---------|
|                   |      |      |      | 2022/21       | 2023/22 |
| Пульманологічне   | 10,7 | 10,7 | 10,8 | 0,0           | +0,1    |
| Кардіологічне     | 11,6 | 11,9 | 11,8 | +0,3          | -0,1    |
| Інфарктне         | 10,3 | 10,1 | 10,0 | -0,2          | -0,1    |
| ГЕВ               | 12,6 | 13,0 | 13,2 | +0,4          | +0,2    |
| Гематологічне     | 16,6 | 17,1 | 16,1 | +0,5          | -1,0    |
| Стоматологічне    | 10,0 | 9,5  | 10,6 | -0,5          | +1,1    |
| Неврологічне      | 11,0 | 10,6 | 9,8  | -0,4          | -0,8    |
| Офтальмологічне   | 9,4  | 9,5  | 9,2  | +0,1          | -0,3    |
| Отоларингологічне | 8,0  | 8,2  | 8,1  | +0,2          | -0,1    |
| Реанімаційне      | 4,8  | 5,0  | 5,0  | -0,2          | 0,0     |
| Всього по лікарні | 10,6 | 10,7 | 10,5 | +0,1          | -0,5    |

За результатами оцінки показників тривалості перебування хворого на ліжку можна зробити висновки, що по таким відділенням, як інфарктне, неврологічне спостерігається позитивна тенденція скорочення тривалості перебування хворого на ліжку, у 2023 році позитивні тенденції можна засвідчити по таким відділенням, як кардіологічне, інфарктне, гематологічне, неврологічне, офтальмологічне та отоларингологічне. Тривалість перебування хворого на ліжку по іншим відділенням збільшується.

В цілому по лікарні у 2022 році спостерігається збільшення тривалості перебування хворого на ліжку на 0,1 день, у 2023 році у порівнянні з 2022 роком тривалість перебування хворого на ліжку скоротилася на 0,5 днів, що є позитивним.

Проаналізуємо середнє число днів роботи ліжка КНП «Черкаська ЦРН» за три останні роки за відділеннями. Динаміка показників наведена в табл. 2.11.

**Середнє число днів роботи ліжка за відділеннями  
КНП «Черкаська ЦРН», за 2021 – 2023 рр.**

| Відділення        | 2021  | 2022  | 2023  | Відхилення, % |         |
|-------------------|-------|-------|-------|---------------|---------|
|                   |       |       |       | 2022/21       | 2023/22 |
| Пульманологічне   | 337,0 | 319,5 | 344,5 | -17,5         | +25     |
| Кардіологічне     | 352,0 | 333,0 | 335,0 | -19,0         | +2,0    |
| Інфарктне         | 342,7 | 329,2 | 343,6 | -13,5         | +14,4   |
| ГЕВ               | 336,8 | 341,4 | 325,6 | +4,6          | -15,8   |
| Гематологічне     | 334,6 | 373,7 | 305,2 | +39,1         | -68,5   |
| Стоматологічне    | 430,0 | 413,5 | 358,7 | -16,5         | -54,8   |
| Неврологічне      | 360,0 | 364,3 | 367,6 | +4,3          | +3,3    |
| Офтальмологічне   | 365,4 | 347,7 | 351,1 | -17,7         | +3,4    |
| Отоларингологічне | 345,2 | 341,0 | 336,5 | -4,2          | -4,5    |
| Реанімаційне      | 324,5 | 294,0 | 301,6 | -30,5         | +7,6    |
| Дитяче            | 342,6 | 329,1 | 343,5 | -13,5         | +14,4   |
| Всього по лікарні | 358,8 | 351,2 | 348,3 | -7,6          | -2,9    |

За результатами оцінки показників числа днів роботи ліжка слід зазначити, що середнє число днів роботи ліжка залишилося майже на рівні скорочення ліжок в лікарні, вивільнені площі дають змогу покращити санітарну обробку приміщень та їх провітрювання при незмінній кількості хворих. Данні показники спрямовані на активне лікування хворих в стаціонарі і подальше долікування в денному стаціонарі, амбулаторній мережі та використуванні стаціонару на дому. Оцінюючі показники таблиці, слід зазначити, що навантаження на такі відділення, як пульманологічне, інфарктне, дитяче, реанімаційне, офтальмологічне, неврологічне відділення збільшується. При цьому на такі відділення, як гематологічне та стоматологічне навантаження суттєво скорочується.

## Висновки до розділу 2

В аналітичному розділі наведена характеристика організаційно-структурної побудови закладу охорони здоров'я; проведений аналіз показників діяльності та оцінка показників результативності діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я. За підсумками дослідження зроблені наступні висновки:

Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська центральна районна лікарня» (скорочено – КНП «Черкаська ЦРН») являє собою багатoproфільний лікарняно-профілактичний заклад, який підпорядковується обласному відділу охорони здоров'я Черкаської області і знаходиться в комунальній власності. Фінансується міська лікарня за рахунок бюджету, але є ще й госпрозрахункове фінансування.

Організаційно-структурна побудова КНП «Черкаська ЦРН» свідчить, що заклад відповідає потребам у забезпеченні населення району її діяльності якісним медичним обслуговуванням. Але також виявлені певні недоліки, зокрема, транспортне забезпечення лікарні обмежене – при потребі 22 карети швидкої допомоги, є лише 17 автомобілів, з них на ходу 12 авто. Персонал приймального відділення працює змінами по 24 години. В зміні чергує лікар, медична сестра і молодша медична сестра. В сучасних умовах необхідно укріпити службу приймального відділення у наданні швидкої медичної допомоги, надшивши її функціями діагностичного центру і відповідно оснащати його.

За підсумками оцінки роботи КНП «Черкаська ЦРН» встановлено, що в загальному обсязі послуг, що надаються закладами практичної охорони здоров'я Черкаського району, частка лікарні складає 2/3. Це є досить вагомий показник. Швидка медична допомога надається приймальним відділенням лікарні який розташований на першому поверсі з ізольованим входом для прийому хворих. Відділення зв'язане зручними шляхами і переходами з поліклінічним відділенням, реанімацією і стаціонаром лікарні. До приймального відділення прокладена дорога для заїзду карети швидкої

допомоги.

За результатами роботи стаціонару встановлено, що в стаціонар госпіталізують хворих, які потребують спеціального обстеження і лікування по направленню лікарів поліклініки, швидкої допомоги, а також хворих які звернулись в приймальне відділення самостійно ( звернень за рік 10 000 - 11 000, за день 50 чоловік планових поступлень).

За результатами оцінки показників числа днів роботи ліжка слід зазначити, що середнє число днів роботи ліжка залишилося майже на рівні скорочення ліжок в лікарні, вивільнені площі дають змогу покращити санітарну обробку приміщень та їх провітрювання при незмінній кількості хворих.

### **РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРКАСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ КОНЦЕПЦІЙ МЕНЕДЖМЕНТУ»**

#### **3.1. Перспективні напрямки удосконалення діяльності та організаційних перетворень**

Стабільність лікувально-профілактичних закладів та їх стійкість стосовно внутрішніх і зовнішніх дестабілізуючих факторів залежить від раціонального й ефективного використання всіх доступних ресурсів, від виконання усіх внутрішніх фінансових зобов'язань перед фізичними і юридичними особами, обсягу залучених засобів і матеріальних ресурсів з позабюджетних джерел.

Послуги сфери охорони здоров'я Черкаської області (як й інших регіонів України) мають нечітку кількість суб'єктів, які користуються ними постійно, спрямовані на забезпечення повноцінного життя діяльності населення, виявляються продуцентами різної форми власності. Так, одним із завдань сфери охорони здоров'я є дотримання єдності у наданні послуг їх споживачам, які проживають у сільській та міській місцевості. Для системи надання послуг їх споживачам – мешканцям віддалених районів Черкаського району характерна обмежена доступність послуг. Звертаність споживачів, які мешкають у віддалених районах Черкащини, за послугами охорони здоров'я значно нижчі, ніж міських. При цьому, чим віддаленішим від КНП «Черкаська ЦРЛ» знаходиться селище, тим рідше отримувачі послуг звертаються до фахівців. Основний обсяг послуг надається фахівцями загальної практики та фахівцями із середньою медичною освітою. Отримувачі послуг (мешканці віддалених від лікарні селищ) витрачають на відвідування КНП «Черкаська ЦРЛ» значно більше часу, ніж міські мешканці та мешканці територіально ближчих селищ. При цьому інфраструктура сільських закладів охорони здоров'я первинної ланки гірша, ніж КНП «Черкаська ЦРЛ», нижча кваліфікація фахівців.

Особливості надання послуг КНП «Черкаська ЦРЛ» споживачам, які мешкають у селі, – значна децентралізація процесу надання послуги амбулаторно та виражена централізація стаціонарної медичної допомоги. Основний кадровий ресурс на селі – фахівці із середньою освітою. Фахівці з вищою освітою більшою мірою сконцентровані в КНП «Черкаська ЦРЛ» та Черкаських лікарнях. Тому проблеми удосконалення надання послуг у сільській місцевості для КНП «Черкаська ЦРЛ» є актуальними.

Вимогам доступності послуг та їх якості відповідають інформаційні та комунікаційні технології. Основний наголос робиться на надання планових та екстрених телемедичних консультацій.

Використання телекомунікаційних технологій розширює та забезпечує нові можливості надання послуг охорони здоров'я, особливо важливо для надання послуг окремим одержувачам послуг – мешканцям віддалених селищ, соціальним групам, представники яких зазнають труднощів при пересуванні (інваліди та люди похилого віку). Переваги послуг охорони здоров'я, наданих КНП «Черкаська ЦРЛ» в умовах цифрової економіки, полягають у наступному:

- скорочення термінів та підвищення якості наданих послуг;
- соціальна та економічна ефективність.

Метою надання послуг охорони здоров'я Черкаською ЦРЛ в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги для всіх груп населення незалежно від їхнього територіального становища, масштабне використання хмарних технологій та можливостей широкосмугового інтернету.

Телеконсультація – медична консультація, при якій «фахівець та одержувач послуги», «фахівець та спеціаліст-консультант» розділені географічною відстанню, в результаті перетворення на цифровий формат може передаватися через інтернет на різні кінцеві пристрої.

Допомога у діагностиці – одне з основних призначень телемедичної консультації. Відповідальність за достовірність наданої інформації, а також за коректність сформульованих для консультанта питань несе спеціаліст районного рівня.

Медичні послуги КНП «Черкаська ЦРЛ» у вигляді консультацій, що спираються на досягнення в науці та телемедичні технології, включатимуть такі (рис. 3.1).

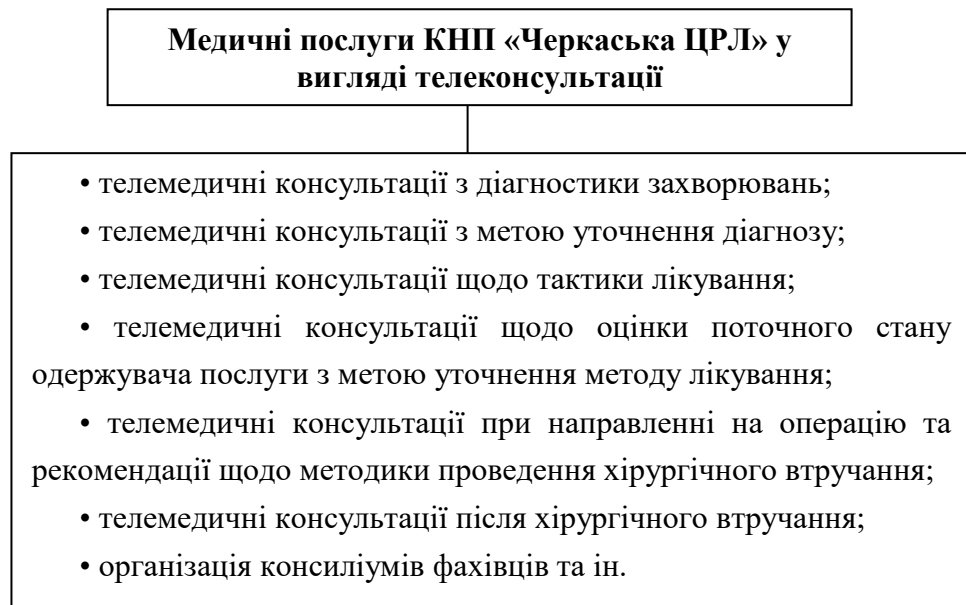


**Рис. 3.1. Перелік пропонованих медичних послуг КНП «Черкаська ЦРЛ» у вигляді телеконсультацій**

За результатами наданих Черкаською ЦРЛ послуг охорони здоров'я на основі інформаційних та телекомунікаційних технологій спеціалістом-консультантом виноситься висновок про якість наданої послуги та спеціалістом районного рівня – про допущені дефекти при її наданні.

Крім того, за підсумками проведеної оцінки діяльності КНП «Черкаська ЦРЛ» можна запропонувати комплекс організаційно-економічних заходів, які визначають стратегічні цілі лікарні та перенаправляють стратегію на конкретні організаційно-економічні заходи, перелік яких приведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Комплекс організаційно-економічних заходів для удосконалення діяльності КНП «Черкаська ЦРЛ»**

| Стратегічні цілі                                                                                              | Рекомендовані заходи                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Фінанси</b>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ефективне використання коштів бюджету, скорочення витрат                                                      | Реалізація одноканальної системи фінансового забезпечення Черкаської ЦРЛ, впровадження сучасних методів фінансового менеджменту – управління витратами, менеджмент якості медичної допомоги                                                                                                                         |
| Реструктуризація діяльності, зростання доходів                                                                | Розширення обсягу, видів послуг із застосуванням цифрових технологій                                                                                                                                                                                                                                                |
| Оптимізація інвестицій в інфраструктуру, розширюючи виробничі потужності Черкаської ЦРЛ, використання активів | Впровадження та реалізація інвестиційних проєктів у виробничі потужності, придбання нового високотехнологічного медичного обладнання, покращення умов надання послуг                                                                                                                                                |
| <b>2. Отримувачі послуг</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Забезпечення доступності послуг у сфері охорони здоров'я, зберігаючи існуючих одержувачів послуг              | Надання безкоштовних послуг високої якості у важкодоступних та віддалених районах.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Забезпечення задоволення потреб одержувачів послуг                                                            | Клієнтоорієнтованість, організація зворотного зв'язку з одержувачем послуги про надані послуги                                                                                                                                                                                                                      |
| Підвищення якості послуг, збільшення кількості одержувачів послуг                                             | Покращення якості послуг та умов їх надання                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>3. Внутрішні бізнес-процеси</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Підвищення ефективності надання послуг                                                                        | Розвиток мережевої взаємодії із первинною ланкою охорони здоров'я у важкодоступних та віддалених районах, розширення якісного складу самих послуг у розрахунку на одного пацієнта                                                                                                                                   |
| Впровадження інформаційних технологій у систему надання послуг з охорони здоров'я                             | Цифрові платформи, послуги на основі хмарних технологій IaaS (інфраструктура як сервіс), SaaS (програмне забезпечення як сервіс) та PaaS (платформа як сервіс), інтеграція вітчизняних програмних рішень                                                                                                            |
| <b>4. Навчання та розвиток персоналу</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Забезпечення мотивації, яка орієнтована на результат                                                          | Впровадження системи надбавок за високу професійну кваліфікацію, за наявність наукового ступеня та звання, вищої категорії                                                                                                                                                                                          |
| Розвиток професійної компетентності спеціаліста                                                               | Реалізація програм для стажувань спеціалістів, професійні стандарти, незалежна оцінка кваліфікації спеціаліста.                                                                                                                                                                                                     |
| Розвиток соціальної підтримки фахівцям                                                                        | Соціальна підтримка фахівців, у тому числі отримання житла (місце у гуртожитку, за соціальним наймом, службове), придбання житла з використанням субсидії на компенсацію частини вартості житла, частини платежу за кредитним договором, пільгового кредитування, виділення земельних ділянок під будівництво житла |

В умовах цифровізації економіки вирішення проблеми нерівності доступу до послуг охорони здоров'я можна досягти на основі розвитку цифрових платформ для надання цих послуг у напрямку вдосконалення технічних можливостей забезпечення загальної доступності, точності та швидкості діагностики захворювань, підвищення рівня використання компетентності фахівців.

До того ж планування медичної допомоги, формування сучасних методів фінансового менеджменту, таких, наприклад, як управління витратами, менеджмент якості медичної допомоги, також вимагають важливих змін у системі інформаційного забезпечення.

Для об'єднання вирішення таких різноманітних завдань Черкаській ЦРЛ запропоновано цифрову платформу для моделі надання послуг охорони здоров'я в сучасних умовах. Застосування інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я сприяє зростанню якості управління, ефективності, доступності та якості послуг.

Під цифровою платформою послуг охорони здоров'я в межах даного магістерського дослідження автором розуміється система алгоритмізованих взаємовигідних взаємовідносин КНП «Черкаська ЦРЛ», значної кількості пацієнтів, організацій державного та комерційного сектора (у частині організації профілактичних заходів їх працівників), які виконуються в єдиному інформаційному просторі, що призводить до зниження транзакційних витрат за рахунок застосування пакета цифрових технологій роботи з даними та реорганізації системи розподілу.

Інформаційну систему пропонується побудувати на основі триланкової архітектури: клієнт – сервер додатків – сервер баз даних. Крім того, ІС повинна містити два спеціалізовані інформаційні модулі з відповідним функціоналом. Аналітичний модуль призначений для обробки збалансованих показників та агрегуючий, який займається консолідацією оброблених даних, та виконує функцію обміну цими даними з регуляторами.

В архітектурі передбачена зона обмеженого доступу, яка містить внутрішні та загальнодоступні послуги, так звана демілітаризована зона (ДМЗ). Основним її функціоналом є створення додаткового рівня безпеки в локальній мережі, який у свою чергу дозволить зменшити шкоду при кібератаці на один із загальнодоступних сервісів.

В якості загальнодоступного сервісу може виступати, наприклад, веб-сервіс: сервер, що забезпечує його, який фізично розміщений в локальній мережі (Інтернет), повинен відповідати на будь-які запити із зовнішньої мережі (Інтернет), при цьому інші локальні ресурси (наприклад, файлові сервери, робочі станції) необхідно ізолювати від зовнішнього доступу.

Проксі-сервер – проміжний сервер між користувачем та цільовим сервером, який надає клієнтам можливість виконувати непрямі запити до інших мережних служб та отримувати відповіді, а також захищає комп'ютер клієнта від деяких мережових атак.

Для забезпечення надійної працездатності аналітичних модулів інформаційних систем регуляторів та КНП «Черкаська ЦРЛ» необхідно провести комплекс інтеграційних заходів. Варто наголосити, що при побудові запропонованої моделі закладено принцип «відкритості входу», тобто будь-який медичний заклад з відповідним програмно-апаратним забезпеченням може бути інтегрований в єдину інформаційну мережу. Основні функціональні вимоги, вказані нижче:

1. Можливість інтеграції з ІС інших лікарень та фондів, зокрема можливість підключення первинної ланки медичних закладів (амбулаторії, сімейні лікарі віддалених та невеликих селищ та т.ін.).

2. Програмний доступ API для підключення сторонніх ІС, зокрема Черкаського району.

3. Інтернет-диспетчерська, додатковим функціоналом якої є можливість віддалено оцінити роботу та подати скаргу (за ідентифікатором, який підтверджує, що він отримував послугу у цьому підрозділі).

4. Автоматичний розрахунок показників ефективності (при поданні скарг).
5. Формування звітів за різними критеріями (параметрами/показниками)
6. Рекомендаційна система для фахівців (лікарів), обслуговуючого персоналу, для адміністраторів з метою підвищення показників на основі аналітичного модуля.
7. Історія призначень в особистому кабінеті пацієнта.
8. Аналіз фізичного стану споживачів на основі застосування штучного інтелекту, який дозволяє на ранній стадії виявляти і структурувати категорії пацієнтів: від тих, хто «не потребує постійного медичного спостереження», до «вимагають високотехнологічного медичного втручання».
9. Аналіз збалансованих показників ефективності функціонування КНП «Черкаська ЦРЛ» для вирішення питань та оптимізації процесів її фінансування.
10. Надання відповідної підтримки установі на основі аналізу показників.

Таким чином, у рамках даної інформаційної системи має бути надана можливість ухвалення рішення про проходження сигналу з відхиленнями від заданих параметрів, причому допуск відхилення визначений заздалегідь, не є критичним та внесений до програми.

Організаційні та цифрові перетворення в системі охорони здоров'я повинні придбати цілеспрямованого, динамічного і постійного характеру, що забезпечить систематичні структурні і якісні зміни в інтересах задоволення потреб населення в медичній допомозі. Першочерговим заходом при здійсненні реформи є створення необхідної нормативно-правової бази, без чого неможливе впровадження економічних механізмів, перетворень.

### **3.2. Впровадження концепції управління організаційними змінами в діяльність закладу охорони здоров'я**

Впровадження будь-яких організаційних змін реалізується в інституційному середовищі соціально-трудових відносин, яке далеко неоднозначне, його параметри не завжди є очевидними, що й обумовлює можливі непередбачувані, а часом й труднопереборні прояви трудового опортунізму.

Вивчати ці аспекти поведінки персоналу КНП «Черкаська ЦРЛ» необхідно як мінімум з двох причин: по-перше, через ефективність і результативність змін, що впроваджуються; по-друге, з гуманітарних причин. У більшості випадків працівники КНП «Черкаська ЦРЛ» опираються змінам, тобто виявляють трудовий опортунізм, причому зовсім не з корисливих спонукань, а з причин подолання несправедливих (з позицій працівників) змін в усталеному з часом змісті праці, що обумовлюються впровадженням новацій при організаційних змінах у лікарні. Усі ці аспекти потребують уважного вивчення, і особливу складність у дослідженнях становлять організаційно-культурні аспекти, оскільки вони, на відміну від організаційно-структурних, неочевидні, тобто не спостерігаються в дослідженнях безпосередньо.

Динамічні організаційні зміни по-різному впливають на різні соціальні групи працівників, піддаючи окремих співробітників стресам та кризовим проявам. На регулювання можливих відхилень від норми та запобігання конфліктам має бути спрямована відповідна соціальна робота. Тому оцінка та попередження соціально небезпечних факторів, пов'язаних із впливом швидкості та невизначеності структурних, інституційних та інших організаційних змін на духовні та матеріальні цінності працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», є актуальною проблемою.

Для оцінки впливу організаційних змін та ступеня готовності до них працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» було організовано та проведено

емпіричне дослідження у формі опитування на тему: «Ваше ставлення до організаційних змін».

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що вплив інформаційних, економічних, соціальних, культурних та інших факторів організаційного розвитку впливають на кожного окремого працівника КНП «Черкаська ЦРЛ» та соціально-трудова відносина в колективі в цілому, що призводить до організаційних змін, які в останнє десятиріччя набули перманентного характеру. Ступінь впливу організаційних змін на різних працівників відрізняється залежно від різних ознак, що створює можливість виникнення трудового опортунізму під час їх впровадження.

Мета даного емпіричного дослідження – порівнюючи дані, отримані під час опитування працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», з'ясувати, як організаційні зміни, пов'язані з сучасними динамічними перетвореннями впливають на різні групи працівників.

Для досягнення мети було встановлено такі завдання дослідження:

- 1) дати соціально-економічну характеристику працівників КНП «Черкаська ЦРЛ»;
- 2) з'ясувати ступінь ставлення працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» до будь-яких соціальних змін;
- 3) з метою попередження трудового опортунізму визначити фактори організаційних змін, які найбільше впливають на організаційну культуру та соціально-трудова відносина в колективі, а також мотивацію працівників КНП «Черкаська ЦРЛ»;
- 4) визначити ступінь впливу інформації та Інтернет-технологій як основного чинника організаційних змін;
- 5) оцінити ступінь впливу організаційних змін на респондентів;
- 6) оцінити ступінь готовності працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» до організаційних змін у кризових ситуаціях.

В опитуванні взяли участь 25 респондентів – всі працівники КНП «Черкаська ЦРЛ», крім вищого керівника, оскільки він безпосередньо є суб'єктом прийняття рішень щодо організаційних змін.

Інструментарій, який застосовувався: авторська анкета, що складається з 19 тестових питань закритого типу альтернативного та множинного вибору (додаток А).

Проведене дослідження дозволило встановити, що за соціально-демографічними характеристиками в КНП «Черкаська ЦРЛ» працюють 36 % жінок та 64 % чоловіків, найбільша частка працюючих припадає на сімейних людей (48 %), максимальна частка працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» припадає на вікову категорію 25 – 30 років (26 %), та 18 – 25 років (24 %). Більшість працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» мають вищу та другу вищу освіту (по 44 %), за досвідом роботи у медичній сфері половина працівників (50 %) відносяться до групи 4 – 8 років, трудовий стаж в КНП «Черкаська ЦРЛ» половини працівників (50 %) складає від 1 до 5 років, за напрямком роботи в КНП «Черкаська ЦРЛ» більшість (20 %) припадає на медсестринський персонал (див. додаток Б).

За рівнем ставлення працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» до будь-яких соціальних змін встановлено, що переважне коло спілкування більшості респондентів (34 %) – сімейне та колеги (20 %), по відношенню до змін більшість респондентів (44%) є консерваторами, при цьому 36% оцінюють зміни в житті за останні 5 років на краще.

За результатами оцінки рівню впливу факторів організаційних та соціальних змін можна зробити висновок, що переважають фактори персонального (52%) та глобального рівня (40 %), як можна побачити з рис. 3.2.

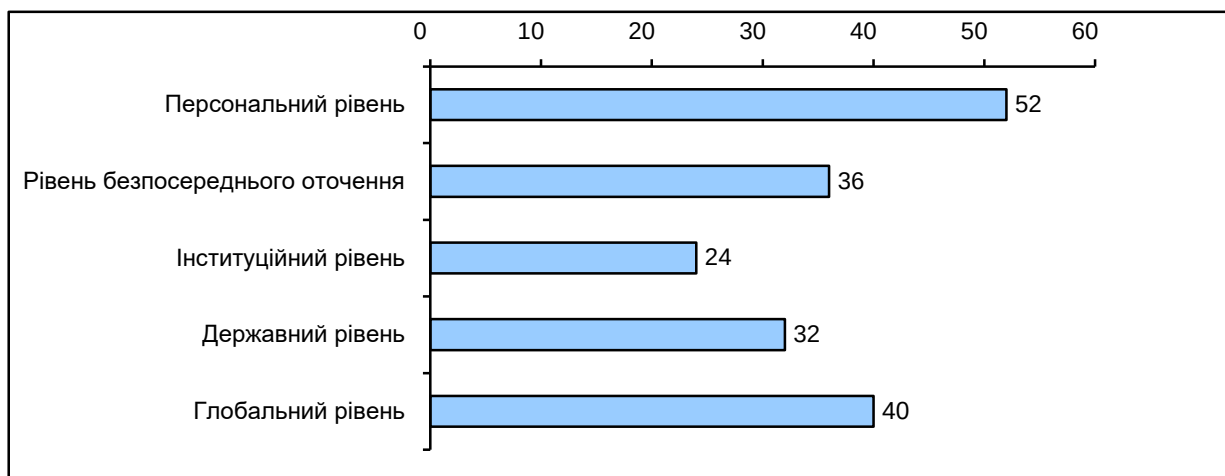


**Рис. 3.2. Відповідь респондентів на запитання «На якому рівні відбулися зміни у вашому житті за останні 5 років?»**

За видами факторів організаційних змін переважають економічні фактори (52%), інформаційні (32%) та політичні (26%) фактори (рис. 3.3).

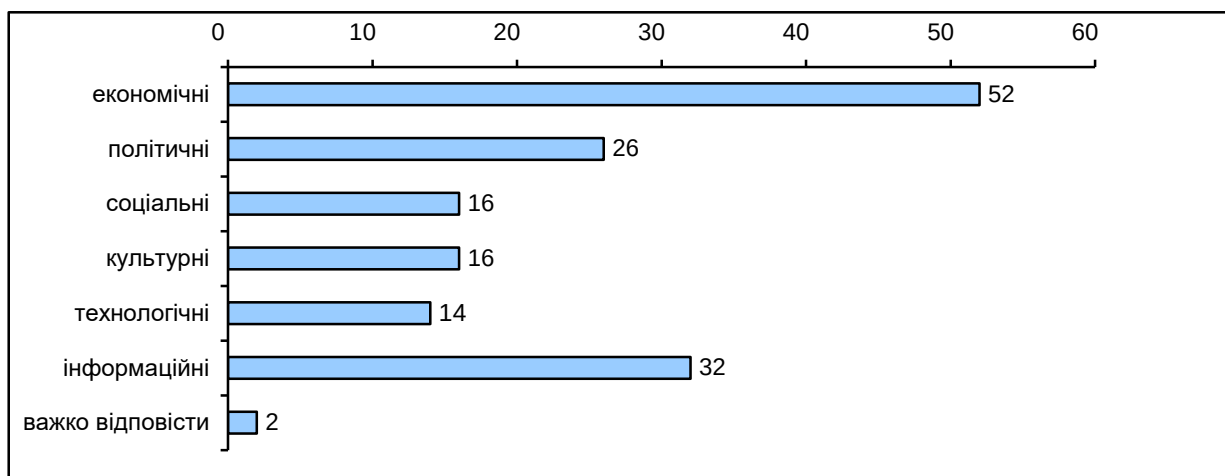


**Рис. 3.3. Відповідь респондентів на запитання «Які фактори організаційних змін вплинули на Ваше життя найбільше?»**

За ступенем впливу інформації та Інтернет-технологій на професійну діяльність більшість респондентів відзначили високу потребу (64 %), віддають перевагу аналітичній інформації 24 % і не мають впливу 24 %. Якщо оцінити кореляцію із соціально-демографічними характеристиками, можна відзначити, що високу потребу відчують респонденти вікової

категорії 30 – 40 років (34 % опитаних відзначили цей фактор). Серед респондентів, які не зазнають впливу інформації, визначальним фактором є віковий фактор (74 % тих, хто відзначив ставляться до вікової групи «понад 50»).

Відносно джерел інформації, більшість респондентів (54%) віддають перевагу інтернет-ресурсам, медіа-ресурси відзначили 42%, друковані джерела та безпосереднє спілкування респонденти оцінили однаково – по 16%, причому серед опитаних у цій групі переважно досвідчені працівники старшої групи, байдужість виявили 8% опитаних.

Для оцінки ступіню впливу Інтернет-технологій на життя респондентам було запропоновано виділити позитивні та негативні фактори (рис. 3.4).

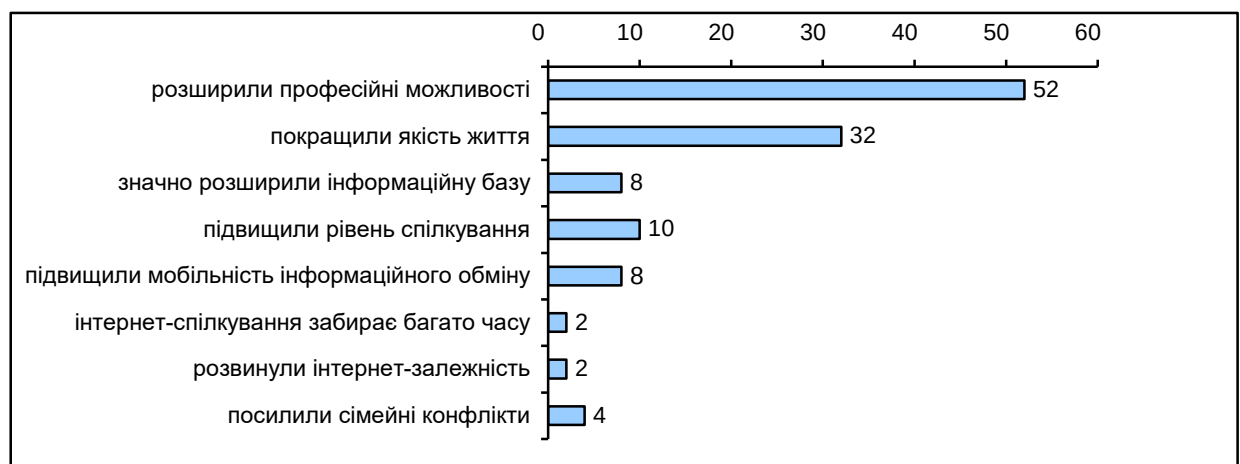


**Рис. 3.4. Відповідь респондентів на запитання «Як інформаційні / Інтернет технології вплинули на Ваше життя?»**

Щодо оцінки ресурсів Інтернету, більшість респондентів їх визначили як засіб спілкування (48%), і як джерело інформації (32 %). Оцінюючи вплив Інтернет технологій на життя, більшість респондентів відзначили розширення професійних можливостей (52%) та покращення якості життя (32 %). Негативну оцінку впливу Інтернет технологій на життя відзначило мало респондентів (всього 2 особи), це сімейні жінки вікової групи 40 – 50 років різної професійної спрямованості (кореляція не встановлена).

Отже, позитивна оцінка суттєво переважає, для більшості працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» інтернет розширює професійні можливості та покращує якість життя.

За оцінкою ступеня впливу організаційних змін на працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» встановлено, що більшість респондентів (32 %) дали відповідь «так, щоденно», відповідь «так, але мене це не дратує» обрали 24% респондентів, відповідь «ні, мені подобається змінюватися» обрали 20% респондентів, відповідь «ні, мені все одно» вибрали 8%, важко відповісти – 16 % респондентів (рис. 3.5).

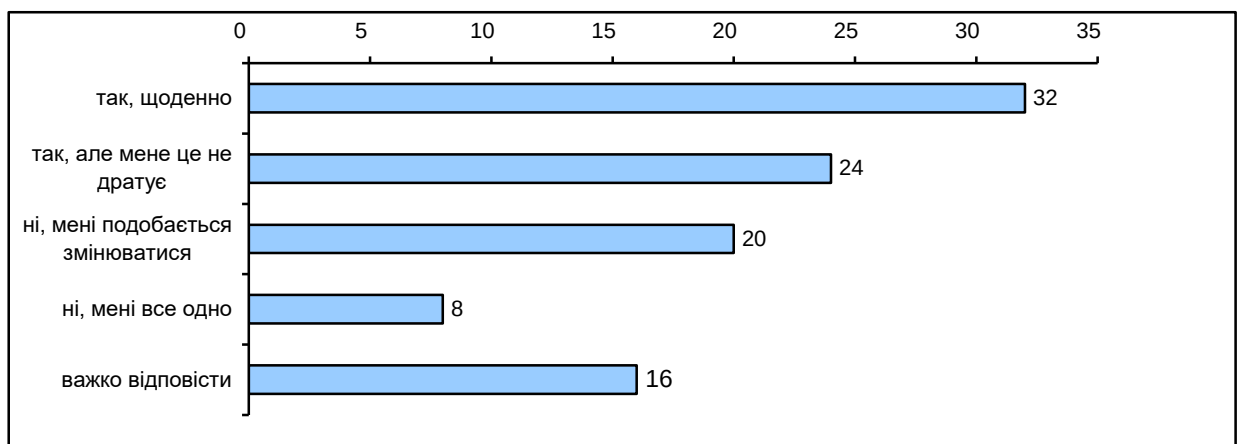


**Рис. 3.5. Відповідь респондентів на запитання «Чи відчуваєте Ви стрес від організаційних змін у професійному житті?»**

Тобто більшість опитаних відчувають стрес від організаційних змін. При цьому за п'ятибальною шкалою ставлення до організаційних змін встановлено, що більшість респондентів (44%) ставляться нейтрально, 28 % ставляться негативно, проте на них це не впливає, у 16 % ставлення негативне, зазначили, що зміни вплинули на професійну діяльність на краще 8 %, і лише 4 % зміни завжди вітають (рис. 3.6).



**Рис. 3.6. Відповідь респондентів на запитання «Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ставлення до організаційних змін»**

За оцінкою ступеня готовності співробітників КНП «Черкаська ЦРЛ» до організаційних змін встановлено, що сприймають цей факт як неминучість 28% респондентів, 24% працюють над собою, 18% готують до майбутніх змін своїх підлеглих, 12% - вважають, що не можуть щось змінити, 18 % не думають про майбутні зміни взагалі (рис. 3.7).

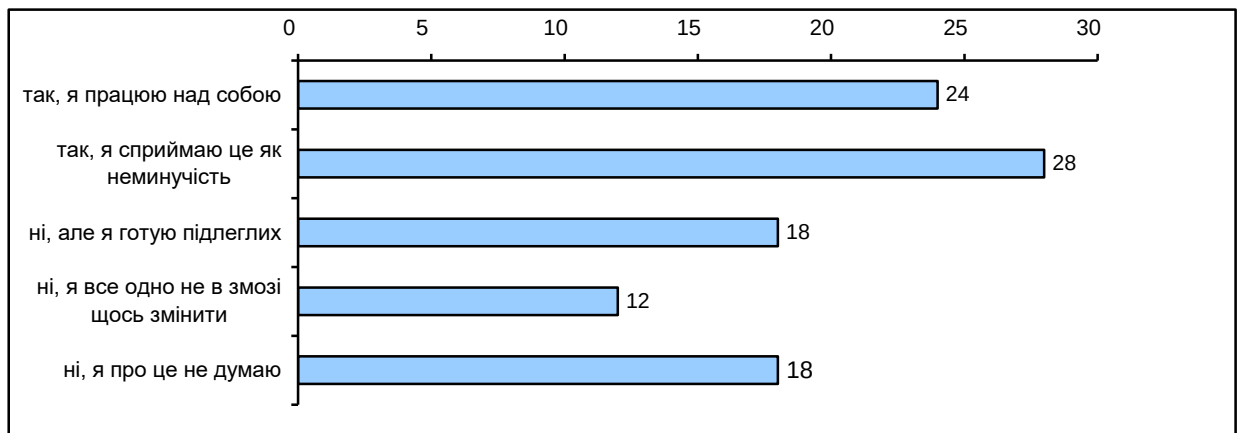


**Рис. 3.7. Відповідь респондентів на запитання «Чи готуєтеся Ви до майбутніх організаційних змін?»**

При цьому за п'ятибальною шкалою оцінки ступеня готовності до організаційних змін виявлено, що 46% співробітників КНП «Черкаська ЦРЛ» готові, але віддають перевагу стабільності, 24% не готові, і їх це лякає, 16% готові, але віддають перевагу стабільності, 12% не готові, але намагаються пристосовуватися, лише 2 % готові, і сприймають це як можливість особистого професійного зростання (рис. 3.8).

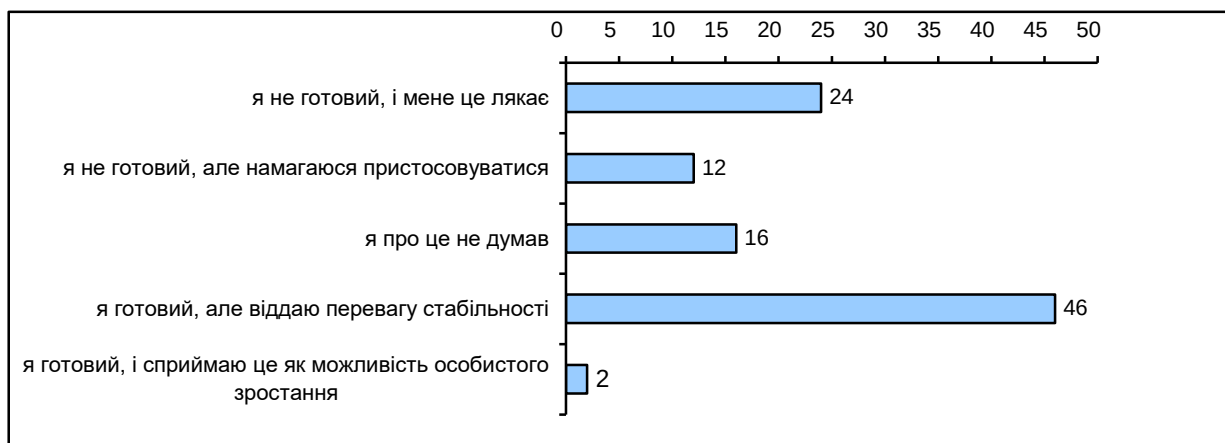


**Рис. 3.8. Відповідь респондентів на запитання «Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ступеня готовності до організаційних змін»**

Таким чином, гіпотеза емпіричного дослідження про різний рівень впливу організаційних змін на різних працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» під час їх впровадження підтверджується, що створює можливість виникнення трудового опортунізму.

### **3.3. Управління опором організаційним змінам як фактор подолання трудового опортунізму медичного персоналу**

Соціально-трудові відносини становлять основу підтримки або опору персоналу впровадженню організаційних змін. Причини багатьох невдач при впровадженні організаційних змін криються в опортуністичних проявах персоналу, що виражаються в опорі змінам і зафіксовані у формі ментальних норм та цінностей у структурі соціально-трудових відносин.

Проведений у попередньому підрозділі даного магістерського дослідженні аналіз свідчить, що персонал КНП «Черкаська ЦРЛ» часто чинить опір впровадженню організаційних змін, що є однією з форм трудового опортунізму. Це пояснюється наявністю у лікарні відповідних соціально-трудових відносин, які не завжди сприяють впровадженню змін. Виходячи з цього, можна припустити, що в сучасних умовах об'єктивно

обумовленим є створення та впровадження в практику управління КНП «Черкаська ЦРЛ» концептуальної моделі управління опором організаційним змінам, а також конкретних методів, методологічною основою яких має стати інституційна трансформація соціально-трудових відносин, що включають до своєї структури норми та правила, спрямовані на згладжування проявів опортунізму при впровадженні змін.

Оскільки явище опортунізму в даному дослідженні використовується як одна з важливих характеристик відносин персоналу до організаційних змін, є необхідність докладніше зупинитися на цьому понятті. Так, опір персоналу впровадженню змін можна назвати недобросовісною поведінкою виконавців при освоєнні ними нових методів, умов, технологій, форм організації тощо, що становлять суть організаційних змін.

Виходячи з цього, під трудовим опортунізмом, стосовно впровадження організаційних змін, пропонується розуміти несумлінну поведінку персоналу, що виражається в прихованні резервів робочих місць, опорі їх розвитку, впровадженню більш прогресивних технологій, інструментів та т. ін.

У процесі свого організаційного розвитку КНП «Черкаська ЦРЛ» неодмінно стикається з впливом певних сил, які умовно поділяють на зовнішні та внутрішні. До зовнішніх факторів відносять економічну та політичну ситуацію в країні, законодавчу базу, технології, цільові установки МОЗ України тощо. Внутрішніми силами, що впливають на проведення організаційних змін, є керівництво та персонал КНП «Черкаська ЦРЛ». Саме ці сили визначають фактори сприяння чи протидії проведенню змін, особливо у кризових ситуаціях (Рис. 3.9).



**Рис. 3.9. Фактори впливу на проведення організаційних змін в КНП «Черкаська ЦРЛ»**

Зазначені фактори більшою чи меншою мірою перетинаються на різних етапах життєвого циклу КНП «Черкаська ЦРЛ». Успішне впровадження організаційних змін проходить через працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», залежить від їх розуміння та бажання змінюватись та реалізовувати зміни. У разі ігнорування цього положення КНП «Черкаська ЦРЛ» зіткнеться із опором змінам через прояви трудового опортунізму.

Опір змінам може існувати на різних рівнях ієрархії: на рівні керівництва, менеджерів середньої ланки або на рівні виконавців. Для визначення правильних методів подолання опорів змінам необхідно визначити, на якому рівні виникає опір цим перетворенням і з яких причин.

Існує багато причин опору, однак серед основних доцільно виділити такі:

- невпевненість у позитивних результатах впровадження організаційних змін;
- відчуття невідповідності власної кваліфікації та, як наслідок, втрати власного статусу;
- небажання щось змінювати через задоволеність поточним становищем;
- страх втрати визнання, посади;
- небажання докладати зусиль до власного розвитку та самовдосконалення;
- загроза усталеним відносинам у колективі;
- конкуренція у колективі: небажання професійного зростання колег, яких стосуються перетворення;
- неясність перспектив для КНП «Черкаська ЦРЛ» в цілому.

Опір може бути як прихованим у вигляді навмисного бюрократичного затягування, саботажу організаційних процесів, так і відкритим – у вигляді страйку. Однак опір не завжди криє негативні явища у процесі реалізації організаційних змін. У разі виявлення такого явища керівництву КНП «Черкаська ЦРЛ» необхідно розглядати опір змінам як засіб зворотного зв'язку, а також для:

- виявлення прихованих проблем у колективі КНП «Черкаська ЦРЛ»;
- діалогу з працівниками, котрим необхідно відчувати себе значущими;
- згуртування колективу, думку якого доцільно враховувати при формуванні стратегії розвитку КНП «Черкаська ЦРЛ»;
- формування позитивного психологічного клімату у колективі КНП «Черкаська ЦРЛ» загалом.

Таким чином, всі причини опору змін можна об'єднати в декілька груп:

1. Егоїстичні інтереси окремих працівників КНП «Черкаська ЦРЛ».
2. Недостатня поінформованість про систему організаційних змін, що впроваджуються, та їх наслідки.
3. Консерватизм.

4. Занижена самооцінка окремих працівників КНП «Черкаська ЦРЛ».

5. Колективний або індивідуальний скептицизм.

Егоїзм притаманний кожній людині, і це можна розглядати як інстинкт самозбереження та виживання. Він не завжди небезпечний для проведення організаційних змін, проте також не варто його ігнорувати.

Недостатня поінформованість підлеглих при проведенні організаційних перетворень виникає лише у тих випадках, коли відсутня довіра працівників до менеджерів або коли керівництво недостатньо чітко провело пояснювальну роботу, що зумовило поширення чуток та здогадів.

Консерватизм виявляється у збереженні працівником стабільного усталеного стану справ, оскільки він може сприймати зміну як природне явище і вважає це неприйнятним для себе.

Занижена самооцінка працівника також провокує опір змінам та відповідний трудовий опортунізм, оскільки він побоюється, що не зможе освоїти нові навички та знання. Ця проблема має психологічне підґрунтя і не повинна нехтуватись керівництвом КНП «Черкаська ЦРЛ».

Скептицизм проявляється в недовірі до самого закладу охорони здоров'я та його керівників, щодо здатності впровадження перетворень із досягненням позитивного результату. Тут діє підхід «те, що підходить іншим – не для нас». Тому керівництву КНП «Черкаська ЦРЛ» потрібно докласти максимум зусиль, щоб переконати працівників лікарні у своїй компетентності.

Як бачимо, причини опору мають різний характер, проте загальним є людський фактор, і, змінюючи організацію діяльності в КНП «Черкаська ЦРЛ», насамперед необхідно змінювати цінності людей. Тому сама поведінка працівників визначає ефективність проведення організаційних змін у лікарні. Загальними правилами для адаптації працівників до нових перетворень є:

- отримання нових знань;
- отримання актуальної, достовірної інформації;
- відповідна мотивація;

- залучення працівників до вирішення нових завдань, що дасть їм змогу отримати нові навички;
- підтримка здорової психологічної атмосфери у колективі.

Проведення організаційних змін безперечно відбивається на інституційному середовищі КНП «Черкаська ЦРЛ» – як тільки умови змінюються, що неминуче відбувається при впровадженні змін, інституції починають проявляти себе повною мірою. Вони формують спосіб мислення працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», відштовхуючись від сформуованих звичаїв, що породжує нові типи трудової поведінки людей у змінених умовах. По суті, йдеться про те, що при впровадженні змін відбуваються зміни і у відношенні людей до праці.

При впровадженні змін, безумовно, виявляються інституції, орієнтовані на позитивне сприйняття змін, що зумовлює підвищення продуктивності праці – вони проявляються на очевидній основі. Такі інституції повинні бути джерелом формування офіційних трудових регламентів, закріплення їх у формі інститутів соціально-трудових відносин. Але поряд з ними виявляють себе на неочевидній основі інституції, що орієнтують працівників на опір організаційним змінам. Їх необхідно виявляти і також формалізувати як обов'язкові щодо дотримання норм і правил трудової поведінки під час роботи у нових змінених умовах. У разі постійних коливань факторів зовнішнього середовища КНП «Черкаська ЦРЛ» необхідно контролювати та бути впевненим у внутрішніх силах. Можна запропонувати наступну універсальну систему загальноприйнятих методів подолання опору змінам (табл. 3.2).

Пропоновані методи можуть застосовуватись у різних поєднаннях, в залежності від часових обмежень для проведення організаційних змін, а також їх кінцевої мети. Для забезпечення організаційного розвитку КНП «Черкаська ЦРЛ» важливо проводити постійний моніторинг зовнішнього та внутрішнього середовища КНП «Черкаська ЦРЛ» з метою ефективного розподілу часу на подолання опору та попередження трудового опортунізму

при проведенні організаційних змін.

Таблиця 3.2

**Система методів подолання опору організаційним змінам в  
КНП «Черкаська ЦРЛ»**

| Методи подолання<br>опору                                                              | Ціль                                                                                                                               | Необхідні витрати |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
|                                                                                        |                                                                                                                                    | часові            | матеріальні |
| Залучення працівників до обговорення та внесення коректив до плану організаційних змін | Дати відчутти співробітникам важливість їхньої думки для КНП «Черкаська ЦРЛ»; отримання зворотного зв'язку та можливо нових рішень | +                 | -           |
| Надання адекватної інформації про зміни, що впроваджуються                             | «М'яко» та аргументовано довести працівникам необхідність перетворень                                                              | +                 | -           |
| Мотивація, стимулювання та підтримка                                                   | Отримати підтримку ключових співробітників КНП «Черкаська ЦРЛ»                                                                     | +                 | +           |
| Переговори                                                                             | Ефективні при опорі великих груп усередині закладу охорони здоров'я                                                                | +                 | -           |
| Підвищення кваліфікації, навчання                                                      | Зберегти колектив, дати працівникам можливість виявити свої навички, можливість професійного та кар'єрного зростання               | +                 | +           |
| Кадрові перестановки                                                                   | Мати гарантовану підтримку нововведень та однодумців                                                                               | -                 | -           |
| Примус                                                                                 | Забезпечити швидкі перетворення в обмежених часових рамках                                                                         | -                 | -           |

Таким чином, для КНП «Черкаська ЦРЛ» застосування зазначеного комплексу заходів дозволить більш результативно здійснювати свою діяльність у кризових умовах.

### **Висновки до розділу 3**

В третьому розділі наведені напрямки удосконалення діяльності КНП «Черкаська центральна районна лікарня» на основі сучасних концепцій менеджменту, зокрема визначені перспективні напрямки удосконалення діяльності та організаційних перетворень; наведені пропозиції щодо впровадження концепції управління організаційними змінами в діяльність

закладу охорони здоров'я; запропоновано інструменти управління опором організаційним змінам як фактор подолання трудового опортунізму медичного персоналу.

Доведено, що одним із завдань сфери охорони здоров'я є дотримання єдності у наданні послуг їх споживачам, які проживають у сільській та міській місцевості. Для системи надання послуг їх споживачам – мешканцям віддалених районів Черкаського району характерна обмежена доступність послуг. Звертаність споживачів, які мешкають у віддалених районах Черкащини, за послугами охорони здоров'я значно нижчі, ніж міських.

Особливості надання послуг КНП «Черкаська ЦРЛ» споживачам, які мешкають у селі, – значна децентралізація процесу надання послуги амбулаторно та виражена централізація стаціонарної медичної допомоги. Вимогам доступності послуг та їх якості відповідають інформаційні та комунікаційні технології. Основний наголос робиться на надання планових та екстрених телемедичних консультацій.

Використання телекомунікаційних технологій розширює та забезпечує нові можливості надання послуг охорони здоров'я, особливо важливо для надання послуг окремим одержувачам послуг – мешканцям віддалених селищ, соціальним групам, представники яких зазнають труднощів при пересуванні (інваліди та люди похилого віку). Переваги послуг охорони здоров'я, наданих КНП «Черкаська ЦРЛ» в умовах цифрової економіки, полягають у наступному:

- скорочення термінів та підвищення якості наданих послуг;
- соціальна та економічна ефективність.

Метою надання послуг охорони здоров'я Черкаською ЦРЛ в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги для всіх груп населення незалежно від їхнього територіального становища, масштабне використання хмарних технологій та можливостей широкопasmового інтернету.

У сучасних кризових умовах організаційний розвиток КНП «Черкаська ЦРЛ» передбачає постійне пристосування до змін зовнішнього середовища. Крім того, зміни можуть бути зумовлені особливостями діяльності самого закладу охорони здоров'я.

Для оцінки впливу організаційних змін та ступеня готовності до них працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» було організовано та проведено емпіричне дослідження у формі опитування на тему: «Ваше ставлення до організаційних змін». В опитуванні взяли участь 25 респондентів – всі працівники КНП «Черкаська ЦРЛ», крім вищого керівника, оскільки він безпосередньо є суб'єктом прийняття рішень щодо організаційних змін.

В результаті проведеного дослідження було виділено різні фактори впливу організаційних змін на працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», які сформульовані у розробленій анкеті. Після обробки отриманих даних встановлено залежності, проведено узагальнення, викладені у висновках емпіричного дослідження.

Фактори, які формують організаційні зміни, можна розділити на ті, що сприяють їм, та ті, що протидіють. Реалізація позитивних нововведень залежить від послідовного дотримання алгоритму протидії опорам при їх впровадженні з метою попередження трудового опортунізму. Встановлено, що основними факторами подолання опору змінам є ефективна взаємодія між працівниками КНП «Черкаська ЦРЛ» та достатня кількість часу.

## ВИСНОВКИ

За підсумками вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду формування моделей управління в закладах охорони здоров'я встановлено, що розглянуті моделі охорони здоров'я відрізняються ступенем участі держави у фінансуванні сфери, джерелами фінансування, формами власності продуцентів послуг, ступенем охоплення одержувачів послуг програмами державної підтримки.

В Україні відбувається перехід від державної до приватно-підприємницької моделі із контрактною моделлю фінансування. Модель заснована на державному управлінні (управлінні фінансуванням, збиранням коштів, формуванні державного замовлення, встановленні цін на послуги) при планомірному збільшенні участі приватного капіталу. Дана система в сучасних умовах найбільш економічна та раціональна при наданні споживачам доступних та якісних послуг.

За підсумками вивчення методичних підходів до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я встановлено, що результативність діяльності системи охорони здоров'я, медичних закладів та окремих програм прийнято оцінювати з точки зору соціальної, медичної та економічної ефективності, перші дві, з яких є основними.

На підставі проаналізованих методичних підходів автором обрано показники, які запропоновано розділити за трьома групами:

1. Показники, що характеризують кадрові ресурси закладів охорони здоров'я.
2. Показники, що характеризують діяльність закладів охорони здоров'я у розрізі видів допомоги.
3. Показники, що характеризують результати діяльності закладів охорони здоров'я.

Сучасні концепції менеджменту починають вибудовуватися на основі знань та поведінкових характеристик працівників, партнерів підприємства та

споживачів. Це стає основою нових технологій управління. Раніше розроблені операційні технології управління зберігаються в арсеналі керівників, але змінюють свою значимість.

За результатами вивчення сучасних концепцій менеджменту закладів охорони здоров'я визначено, що у мінливому ринковому середовищі сучасним організаціям дуже важко зберігати свою конкурентоспроможність, для цього вони повинні постійно пристосовуватися до нових технологій і перепадів попиту на медичні послуги. В ході аналізу існуючих трактувань поняття управління змінами виявлені деякі їх загальні особливості та запропоновано узагальнене визначення даної категорії: «управління змінами – це комплексний підхід до управління новим станом організації на основі використання сучасних методів, моделей і технологій менеджменту, а також впровадження змін на індивідуальному рівні (пов'язаному з людьми), на організаційному рівні (зміни, що стосуються організації) і на рівні бізнес-процесів і систем.

Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська центральна районна лікарня» (скорочено – КНП «Черкаська ЦРН») являє собою багатопрофільний лікарняно-профілактичний заклад, який підпорядковується обласному відділу охорони здоров'я Черкаської області і знаходиться в комунальній власності. Фінансується міська лікарня за рахунок бюджету, але є ще й госпрозрахункове фінансування.

Організаційно-структурна побудова КНП «Черкаська ЦРН» свідчить, що заклад відповідає потребам у забезпеченні населення району її діяльності якісним медичним обслуговуванням. Але також виявлені певні недоліки, зокрема, транспортне забезпечення лікарні обмежене – при потребі 22 карети швидкої допомоги, є лише 17 автомобілів, з них на ходу 12 авто. Персонал приймального відділення працює змінами по 24 години. В зміні чергує лікар, медична сестра і молодша медична сестра. В сучасних умовах необхідно укріпити службу приймального відділення у наданні швидкої медичної допомоги, надшивши її функціями діагностичного центру і відповідно

оснащати його.

За підсумками оцінки роботи КНП «Черкаська ЦРН» встановлено, що в загальному обсязі послуг, що надаються закладами практичної охорони здоров'я Черкаського району, частка лікарні складає 2/3. Це є досить вагомий показник. Швидка медична допомога надається приймальним відділенням лікарні який розташований на першому поверсі з ізольованим входом для прийому хворих. Відділення зв'язане зручними шляхами і переходами з поліклінічним відділенням, реанімацією і стаціонаром лікарні. До приймального відділення прокладена дорога для заїзду карети швидкої допомоги.

За результатами роботи стаціонару встановлено, що в стаціонар госпіталізують хворих, які потребують спеціального обстеження і лікування по направленню лікарів поліклініки, швидкої допомоги, а також хворих які звернулись в приймальне відділення самостійно ( звернень за рік 10 000 - 11 000, за день 50 чоловік планових поступлень).

За результатами оцінки показників числа днів роботи ліжка слід зазначити, що середнє число днів роботи ліжка залишилося майже на рівні скорочення ліжок в лікарні, вивільнені площі дають змогу покращити санітарну обробку приміщень та їх провітрювання при незмінній кількості хворих.

Доведено, що одним із завдань сфери охорони здоров'я є дотримання єдності у наданні послуг їх споживачам, які проживають у сільській та міській місцевості. Для системи надання послуг їх споживачам – мешканцям віддалених районів Черкаського району характерна обмежена доступність послуг. Звертаність споживачів, які мешкають у віддалених районах Черкащини, за послугами охорони здоров'я значно нижчі, ніж міських.

Особливості надання послуг КНП «Черкаська ЦРЛ» споживачам, які мешкають у селі, – значна децентралізація процесу надання послуги амбулаторно та виражена централізація стаціонарної медичної допомоги. Вимогам доступності послуг та їх якості відповідають інформаційні та

комунікаційні технології. Основний наголос робиться на надання планових та екстрених телемедичних консультацій.

Використання телекомунікаційних технологій розширює та забезпечує нові можливості надання послуг охорони здоров'я, особливо важливо для надання послуг окремим одержувачам послуг – мешканцям віддалених селищ, соціальним групам, представники яких зазнають труднощів при пересуванні (інваліди та люди похилого віку). Переваги послуг охорони здоров'я, наданих КНП «Черкаська ЦРЛ» в умовах цифрової економіки, полягають у наступному:

- скорочення термінів та підвищення якості наданих послуг;
- соціальна та економічна ефективність.

Метою надання послуг охорони здоров'я Черкаською ЦРЛ в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги для всіх груп населення незалежно від їхнього територіального становища, масштабне використання хмарних технологій та можливостей широкосмугового інтернету.

У сучасних кризових умовах організаційний розвиток КНП «Черкаська ЦРЛ» передбачає постійне пристосування до змін зовнішнього середовища. Крім того, зміни можуть бути зумовлені особливостями діяльності самого закладу охорони здоров'я.

Для оцінки впливу організаційних змін та ступеня готовності до них працівників КНП «Черкаська ЦРЛ» було організовано та проведено емпіричне дослідження у формі опитування на тему: «Ваше ставлення до організаційних змін». В опитуванні взяли участь 25 респондентів – всі працівники КНП «Черкаська ЦРЛ», крім вищого керівника, оскільки він безпосередньо є суб'єктом прийняття рішень щодо організаційних змін.

В результаті проведеного дослідження було виділено різні фактори впливу організаційних змін на працівників КНП «Черкаська ЦРЛ», які сформульовані у розробленій анкеті. Після обробки отриманих даних

встановлено залежності, проведено узагальнення, викладені у висновках емпіричного дослідження.

Фактори, які формують організаційні зміни, можна розділити на ті, що сприяють їм, та ті, що протидіють. Реалізація позитивних нововведень залежить від послідовного дотримання алгоритму протидії опорам при їх впровадженні з метою попередження трудового опортунізму. Встановлено, що основними факторами подолання опору змінам є ефективна взаємодія між працівниками КНП «Черкаська ЦРЛ» та достатня кількість часу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль Ширафі Мохаммед Авад. Медична галузь як об'єкт антикризового управління. Торівля, комерція, підприємництво. 2015. Вип. 19. С. 152-155. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Torg\\_2015\\_19\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Torg_2015_19_31)
2. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я. Вісник УАДУ. 2023. № 1. С. 233–236.
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 710 с.
4. Балабанова Л. В. Управління персоналом: підручник / Л. В. Балабанова, О. В. Сардак. – Київ: Центр навч. літ., 2021. – 468 с.
5. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. - К. ; Ірпін'я : ВТФ «Перун», 2019. 1728 с.
6. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецький державний університет управління, Маріуполь, 2019. 510 с.
7. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. Форум права. 2021. № 2. С. 139-146.
8. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. – Класичний приватний університет, спеціалізована вчена рада Д 17.127.03. Запоріжжя, 2018. 290 с.
9. Гомон Д.О., Денисова А.В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки». 2016. № 4. С.123-126.

10. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ : НАДУ, 2023. 424 с.
11. Долгіх М. В. Оптимізація інструментів впливу на професійні кадри системи охорони здоров'я України. Держава та регіони. Серія «Державне управління». 2020 р. Випуск № 2. С. 70-74.
12. Долгіх М. В. Проблеми оптимізації інструментів впливу на професійні кадри системи охорони здоров'я України. Матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. “Розвиток української держави в умовах активізації євроінтеграційних процесів” м. Київ, МАУП, 19 березня 2020 р. / редкол. : М. Н. Курко (голова) [та ін.]. 2020. С. 38-240.
13. Жигалов В. Т., Шимановська Л.М. Основи менеджменту і управлінської діяльності: Підручник. – К.: Вища школа, 2023. – 223 с.
14. Івоніна, А.І. Сучасні напрями теоретичних та методичних розробок у галузі управління / А.І. Івоніна // Інтернет-журнал «Наукознавство». – 2017. – Т.9 №1. – С.1 – 18.
15. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2016. 401 с.
16. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. Актуальні проблеми правознавства. 2019. Вип. 1. С. 54-59.
17. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Тернопільський національний економічний університет. МОН України. м. Тернопіль, 2019. 510 с.
18. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. Економічний вісник НТУУ «КПІ» :

збірник наукових праць. 2018. № 15. С. 18–27. URL: [https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018\\_18-27.pdf](https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018_18-27.pdf)

19. Короленко Р. В. Теоретичні підходи до визначення поняття "управління". Інноваційна економіка. 2023. № 2. С. 189-192.

20. Кравченко О. М. Теоретичні підходи до визначення поняття «механізм управління». Державне управління: удосконалення та розвиток : електронне наукове фахове видання. 2019. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=56>.

21. Кривуша С.Г. Складові механізму управління продуктивністю праці в секторі охорони здоров'я. «Young Scientist». 2018. № 12 (64). С. 277-282.

22. Курочкін О. С. Управління підприємством (процесний аспект): Навчальний посібник. - К.: МАУП, 2014. – 149 с.

23. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». К., 2024. 450 с.

24. Матвієнко Ю. Французька і Британська моделі охорони здоров'я (огляд). Медицина світу. 2014. № 5 URL: <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php?print=1>

25. Медяник Д.І., Липчанський В.О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. Вип.19. С.23-29.

26. Миронова Є.Р. Психологічні детермінанти професійно особистісного самовизначення лікаря-керівника: дис. ... канд. психол. наук. Одеса, 2019. – 365 с.

27. Михайловська О. В., Філіпова Н. В., Ладонько Л. С., Ткаленко Н.В. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності складових

дефініцій управління та адміністрування. Університетські наукові записки. 2016. № 2. С. 241-253. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap\\_2016\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2016_2_24)

28. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1 [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1\\_2020/57.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf)

29. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. Вісник НАДУ при Президентові України. 2019. № 1. С. 114–130.

30. Нижник Н., Мосов С. Механізм розроблення та ухвалення рішень у системі державного управління. Вісник УАДУ. 20018. № 4. С. 35–39.

31. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посіб. / Кол. авт.: Л. Жаліло (кер.), І. Солоненко, Б. Волос та ін. К.: Вид-во УАДУ, 2021. 142 с.

32. Парахіна В.Н., Федоренко Т.М., Шацька Є.Ю. Теорія організації. 6-е видання, перероблене. – К.: Видавництво «Кондор», 2020. – 360 с.

33. Петруня Ю.Є., Коляда С.П., Ковтун Н.С. Управління персоналом. Практикум: навч.посіб. / Дніпропетровськ: АМСУ, 2016. – 215 с.

34. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. Причорноморські економічні студії. 2017. Вип. 14. С. 25-28. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7)

35. 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)

36. Рудик Я. М. Техніка управлінської діяльності: навч.-метод. посібник. Ніжин: ПП Лисенко, 2022. 108 с.

37. Савельєва М.В. Теорія та методологія управління соціально-психологічним кліматом у медичних закладах: дис. ... докт. психол. наук. – Х., 2022. 385 с.

38. Сізова Л.А. Психологічні детермінанти професійно-особистісної самореалізації медичної сестри багатопрофільного лікувального закладу: дис. ...канд. психол. наук – Одеса, 2019. – 412 с.
39. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78–83.
40. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. Часопис Київського університету права. 2018. № 2. С. 168–173. URL: [http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part\\_1/22.pdf](http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf)
41. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. Правовий вісник Української академії банківської справи. 2022. № 1 (6). С.59–63.
42. Ужахова, Л.М. Управління персоналом: навчальний посібник. К.: Педагогічна думка, 2023. – 340 с.
43. Федько О. А. Багатоаспектність поняття управління у сучасній науковій думці. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=76>
44. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. Державне управління та місцеве самоврядування. 2020. Вип. 1. С. 133-145.
45. Ціборовський О. М., Дзюба О. М. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4. С. 94-99.
46. Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11\\_2018/101.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf)
47. Day C., Sammons P. Successful Leadership: A Review of the International Literature / C. Day, P. Sammons // Reading : CfBT Education Trust, 2019. – 52 p.

48. Duffield J.F., McCuen R.H. Ethical maturity and successful leadership // Journal of Professional Issues in Engineering Education & Practice. 2020. Vol.126. Issue 2. P. 79-83.
49. Hattie J. Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement / J. Hattie // London : Routledge, 2018. - 382 p.
50. Yasko B.A., Kasarin B.V., Rimmavi M.H. Analysis of managerial competencies in the system of post-graduate education of health care managers // International Journal of Experimental Education // № 2, 20116. P. 33-34

## АНКЕТА

**Проведення соціологічного дослідження на тему:  
«Ваше ставлення до організаційних змін»**

**Шановний респондент!**

З метою визначення впливу організаційних змін на різні групи працівників лікарні проводиться соціологічне дослідження на тему: «Ваше ставлення до організаційних змін».

Дане дослідження не має політичного чи комерційного характеру, а проводиться виключно з науковою метою. Ми хочемо дізнатися, як впливають сучасні перетворення на соціально-трудові відносини у колективі лікарні, скласти соціологічний портрет респондентів. Саме тому Ваші відповіді на запитання дуже важливі.

Сподіваємось на плідну співпрацю та дякуємо Вам за об'єктивні відповіді.

Вам необхідно відповісти на запропоновані запитання, вибравши варіант відповіді, який найбільш повно відображає Вашу думку. В окремих питаннях передбачається кілька варіантів відповіді.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Ваша стать</b><br><input type="checkbox"/> Ч<br><input type="checkbox"/> Ж                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>2. Ваш сімейний статус</b><br><input type="checkbox"/> самотній<br><input type="checkbox"/> пара<br><input type="checkbox"/> сімейний                                                                                                                                                                                               |
| <b>3. Ваш вік</b><br><input type="checkbox"/> 18-25<br><input type="checkbox"/> 25-30<br><input type="checkbox"/> 30-40<br><input type="checkbox"/> 40-50<br><input type="checkbox"/> більш ніж 50                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>4. Ваш рівень освіти</b><br><input type="checkbox"/> Середньо-спеціальна<br><input type="checkbox"/> Вища<br><input type="checkbox"/> Друга вища<br><input type="checkbox"/> Науковий ступінь                                                                                                                                       |
| <b>5. Ваш досвід роботи у дипломатичній сфері</b><br><input type="checkbox"/> менше за рік<br><input type="checkbox"/> 1 – 3 роки<br><input type="checkbox"/> 4 – 8 років<br><input type="checkbox"/> 9 – 15 років<br><input type="checkbox"/> 16 – 25 років<br><input type="checkbox"/> більш ніж 25 років                                                                                                                                                            | <b>6. Ваш трудовий стаж у посольстві</b><br><input type="checkbox"/> менше за рік<br><input type="checkbox"/> 1 – 5 років<br><input type="checkbox"/> 6 – 10 років<br><input type="checkbox"/> 11 – 20 років<br><input type="checkbox"/> більш ніж 20 років                                                                            |
| <b>7. За яким напрямком у посольстві Ви працюєте?</b><br><input type="checkbox"/> розвиток політичних відносин<br><input type="checkbox"/> міжрегіональне співробітництво<br><input type="checkbox"/> культурно-гуманітарні відносини<br><input type="checkbox"/> торговельно-економічне співробітництво<br><input type="checkbox"/> науково-технічне співробітництво<br><input type="checkbox"/> нормативно-правове співробітництво<br><input type="checkbox"/> інший | <b>8. Ваше переважне коло спілкування</b><br><input type="checkbox"/> сім'я<br><input type="checkbox"/> колеги<br><input type="checkbox"/> друзі<br><input type="checkbox"/> спілкуюся з будь-яким оточенням<br><input type="checkbox"/> я людина некоммунікбельна<br><input type="checkbox"/> надаю перевагу віртуальному спілкуванню |
| <b>9. Ваше ставлення до змін</b><br><input type="checkbox"/> я консерватор<br><input type="checkbox"/> я новатор<br><input type="checkbox"/> все одно                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>10. Як Ви оцінюєте зміни у вашому житті за останні 5 років?</b><br><input type="checkbox"/> життя змінилося на краще<br><input type="checkbox"/> життя змінилося у гіршу сторону<br><input type="checkbox"/> практично нічого не змінилося                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>11. На якому рівні відбулися зміни у вашому житті за останні 5 років?</b><br><input type="checkbox"/> Персональний рівень / особисте зростання, кар'єрне просування, досягнення цілей<br><input type="checkbox"/> Рівень безпосереднього оточення / сім'я, бізнес, робочі відносини<br><input type="checkbox"/> Інституційний рівень / зміни у правових, соціально-економічних засадах<br><input type="checkbox"/> Державний рівень / політика, законодавство, зміни на рівні МЗС<br><input type="checkbox"/> Глобальний рівень / світові тенденції, технологічний, інформаційний розвиток |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>12. Які фактори організаційних змін вплинули на Ваше життя найбільше?</b><br><input type="checkbox"/> економічні<br><input type="checkbox"/> політичні<br><input type="checkbox"/> соціальні<br><input type="checkbox"/> культурні<br><input type="checkbox"/> технологічні<br><input type="checkbox"/> інформаційні<br><input type="checkbox"/> важко відповісти                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>13. Як Ви оцінюєте роль інформації у Вашому житті?</b><br><input type="checkbox"/> висока потреба / я залежний від інформації<br><input type="checkbox"/> вибірково ставлюся до інформаційних джерел<br><input type="checkbox"/> віддаю перевагу аналітичній інформації<br><input type="checkbox"/> не відчуваю впливу<br><input type="checkbox"/> важко відповісти                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>14. Яким джерелам інформації Ви віддасте перевагу?</b><br><input type="checkbox"/> медіа-ресурси<br><input type="checkbox"/> інтернет-ресурси<br><input type="checkbox"/> друковані джерела<br><input type="checkbox"/> безпосереднє спілкування<br><input type="checkbox"/> не має значення                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>15. Як інформаційні зміни / Інтернет технології вплинули на ваше життя?</b><br>(відзначте будь-які позитивні та негативні фактори)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Позитивно</b><br><input type="checkbox"/> розширили професійні можливості<br><input type="checkbox"/> покращили якість життя<br><input type="checkbox"/> значно розширили інформаційну базу<br><input type="checkbox"/> підвищили рівень спілкування<br><input type="checkbox"/> підвищили мобільність інформаційного обміну<br><input type="checkbox"/> інше                                                                                                                                                                                                                              | <b>Негативно</b><br><input type="checkbox"/> інтернет-спілкування забирає багато часу<br><input type="checkbox"/> розвинули інтернет-залежність<br><input type="checkbox"/> посилили сімейні та робочі конфлікти / захоплення іграми, рівень взаємного спілкування<br><input type="checkbox"/> інше |
| <b>16. Чи відчуваєте Ви стрес від організаційних змін у професійному житті?</b><br><input type="checkbox"/> так, щоденно<br><input type="checkbox"/> так, але мене це не дратує<br><input type="checkbox"/> ні, мені подобається змінюватися<br><input type="checkbox"/> ні, мені все одно<br><input type="checkbox"/> важко відповісти                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>17. Чи готуетесь Ви до майбутніх організаційних змін?</b><br><input type="checkbox"/> так, я працюю над собою<br><input type="checkbox"/> так, я сприймаю це як неминучість<br><input type="checkbox"/> ні, але я готую підлеглих<br><input type="checkbox"/> ні, я все одно не в змозі щось змінити<br><input type="checkbox"/> ні, я про це не думаю                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>18. Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ставлення до організаційних змін</b><br><input type="checkbox"/> [1] негативно ставлюся<br><input type="checkbox"/> [2] ставлюся негативно, але на мене це не впливає<br><input type="checkbox"/> [3] ставлюся нейтрально                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

[4] зміни вплинули на мою професійну діяльність на краще

[5] зміни завжди вітаю

**19. Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ступеня готовності до організаційних змін**

[1] я не готовий, і мене це лякає

[2] я не готовий, але намагаюся пристосовуватися

[3] я про це не думав

[4] я готовий, але віддаю перевагу стабільності

[5] я готовий, і сприймаю це як можливість особистого професійного зростання

**Дякуємо за співпрацю.**

## Результати дослідження

| Відповіді                                             | Кількість осіб | %  |
|-------------------------------------------------------|----------------|----|
| <b>1. Ваша стать</b>                                  |                |    |
| - чоловіча                                            | 16             | 64 |
| - жіноча                                              | 9              | 36 |
| <b>2. Ваш семейный статус</b>                         |                |    |
| - самотній                                            | 7              | 28 |
| - пара                                                | 6              | 24 |
| - сімейний                                            | 12             | 48 |
| <b>3. Ваш вік</b>                                     |                |    |
| - 18-25                                               | 7              | 24 |
| - 25-30                                               | 4              | 16 |
| - 30-40                                               | 6              | 22 |
| - 40-50                                               | 4              | 16 |
| - більш ніж 50                                        | 4              | 16 |
| <b>4. Ваш рівень освіти</b>                           |                |    |
| - Середньо-спеціальна                                 | 1              | 4  |
| - Вища                                                | 11             | 44 |
| - Друга вища                                          | 11             | 44 |
| - Науковий ступінь                                    | 2              | 8  |
| <b>5. Ваш досвід роботи у дипломатичній сфері</b>     |                |    |
| - менше за рік                                        | 2              | 8  |
| - 1 – 3 роки                                          | 1              | 4  |
| - 4 – 8 років                                         | 12             | 50 |
| - 9 – 15 років                                        | 6              | 24 |
| - 16 – 25 років                                       | 3              | 12 |
| - більш ніж 25 років                                  | 1              | 4  |
| <b>6. Ваш трудовий стаж у посольстві</b>              |                |    |
| - менше за рік                                        | 1              | 4  |
| - 1 – 5 років                                         | 12             | 50 |
| - 6 – 10 років                                        | 6              | 24 |
| - 11 – 20 років                                       | 4              | 16 |
| - більш ніж 20 років                                  | 2              | 8  |
| <b>7. За яким напрямком у посольстві Ви працюєте?</b> |                |    |
| - розвиток політичних відносин;                       | 4              | 16 |
| - міжрегіональне співробітництво;                     | 3              | 12 |
| - культурно-гуманітарні відносини;                    | 4              | 16 |
| - торговельно-економічне співробітництво;             | 5              | 20 |
| - науково-технічне співробітництво;                   | 3              | 12 |
| - нормативно-правове співробітництво;                 | 2              | 8  |
| - інший.                                              | 4              | 16 |

|                                                                              |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>8. Ваше переважне коло спілкування</b>                                    |    |    |
| - сім'я                                                                      | 7  | 28 |
| - колеги                                                                     | 5  | 20 |
| - друзі                                                                      | 3  | 12 |
| - спілкуюся з будь-яким оточенням                                            | 3  | 12 |
| - я людина некоммунікбельна                                                  | 3  | 12 |
| - надаю перевагу віртуальному спілкуванню                                    | 4  | 16 |
| <b>9. Ваше ставлення до змін</b>                                             |    |    |
| - я консерватор                                                              | 11 | 44 |
| - я новатор                                                                  | 9  | 36 |
| - все одно                                                                   | 5  | 20 |
| <b>10. Як Ви оцінюєте зміни у вашому житті за останні 5 років?</b>           |    |    |
| - життя змінилося на краще                                                   | 9  | 36 |
| - життя змінилося у гіршу сторону                                            | 8  | 32 |
| - практично нічого не змінилося                                              | 8  | 32 |
| <b>11. На якому рівні відбулися зміни у вашому житті за останні 5 років?</b> |    |    |
| - персональний рівень                                                        | 13 | 52 |
| - рівень безпосереднього оточення                                            | 9  | 36 |
| - інституційний рівень                                                       | 6  | 24 |
| - державний рівень                                                           | 8  | 32 |
| - глобальний рівень                                                          | 10 | 40 |
| <b>12. Які фактори організаційних змін вплинули на Ваше життя найбільше?</b> |    |    |
| - економічні                                                                 | 13 | 52 |
| - політичні                                                                  | 7  | 28 |
| - соціальні                                                                  | 4  | 16 |
| - культурні                                                                  | 4  | 16 |
| - технологічні                                                               | 3  | 12 |
| - інформаційні                                                               | 16 | 32 |
| - важко відповісти                                                           | 1  | 2  |
| <b>13. Як Ви оцінюєте роль інформації у Вашому житті?</b>                    |    |    |
| - висока потреба / я залежний від інформації                                 | 16 | 64 |
| - вибірково ставлюся до інформаційних джерел                                 | -  | -  |
| - віддаю перевагу аналітичній інформації                                     | 6  | 24 |
| - не відчуваю впливу                                                         | 3  | 12 |
| - важко відповісти                                                           | -  | -  |
| <b>14. Яким джерелам інформації Ви віддасте перевагу?</b>                    |    |    |
| - медіа-ресурси                                                              | 10 | 40 |
| - інтернет-ресурси                                                           | 14 | 54 |
| - друковані джерела                                                          | 4  | 16 |
| - безпосереднє спілкування                                                   | 4  | 16 |
| - не має значення                                                            | 2  | 8  |

|                                                                                                 |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>15. Як інформаційні зміни / Інтернет технології вплинули на ваше життя?</b>                  |    |    |
| - розширили професійні можливості                                                               | 13 | 52 |
| - покращили якість життя                                                                        | 8  | 32 |
| - значно розширили інформаційну базу                                                            | 2  | 8  |
| - підвищили рівень спілкування                                                                  | 3  | 10 |
| - підвищили мобільність інформаційного обміну                                                   | 2  | 8  |
| - інтернет-спілкування забирає багато часу                                                      | 1  | 2  |
| - розвинули інтернет-залежність                                                                 | 1  | 2  |
| - посилили сімейні та робочі конфлікти                                                          | 2  | 4  |
| <b>16. Чи відчуваєте Ви стрес від організаційних змін у професійному житті?</b>                 |    |    |
| - так, щоденно                                                                                  | 8  | 32 |
| - так, але мене це не дратує                                                                    | 6  | 24 |
| - ні, мені подобається змінюватися                                                              | 5  | 20 |
| - ні, мені все одно                                                                             | 2  | 8  |
| - важко відповісти                                                                              | 4  | 16 |
| <b>17. Чи готуєтесь Ви до майбутніх організаційних змін?</b>                                    |    |    |
| - так, я працюю над собою                                                                       | 6  | 24 |
| - так, я сприймаю це як неминучість                                                             | 7  | 28 |
| - ні, але я готую підлеглих                                                                     | 5  | 20 |
| - ні, я все одно не в змозі щось змінити                                                        | 3  | 12 |
| - ні, я про це не думаю                                                                         | 5  | 20 |
| <b>18. Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ставлення до організаційних змін</b>          |    |    |
| [1] негативно ставлюся                                                                          | 4  | 16 |
| [2] ставлюся негативно, але на мене це не впливає                                               | 7  | 28 |
| [3] ставлюся нейтрально                                                                         | 11 | 44 |
| [4] зміни вплинули на мою професійну діяльність на краще                                        | 2  | 8  |
| [5] зміни завжди вітаю                                                                          | 1  | 4  |
| <b>19. Дайте оцінку за п'ятибальною шкалою Вашого ступеня готовності до організаційних змін</b> |    |    |
| [1] я не готовий, і мене це лякає                                                               | 6  | 24 |
| [2] я не готовий, але намагаюся пристосовуватися                                                | 3  | 12 |
| [3] я про це не думав                                                                           | 4  | 16 |
| [4] я готовий, але віддаю перевагу стабільності                                                 | 12 | 48 |
| [5] я готовий, і сприймаю це як можливість особистого професійного зростання                    | 1  | 4  |