

ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІЧНИЙ
КАФЕДРА ЕКОНОМІКИ, ПІДПРИЄМНИЦТВА ТА
ГОТЕЛЬНО-РЕСТОРАННОЇ СПРАВИ

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ:
Завідувач кафедри

_____ проф. Зайченко В.В.

«13» грудня 2024 р.

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ЗА ДРУГИМ (МАГІСТЕРСЬКИМ) РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ

на тему:

«Розробка заходів щодо оптимізації надання медичних послуг на підприємстві (на прикладі КНП «КОЛ КОР» м. Кропивницький)

«Development of measures to optimize the provision of medical services to enterprise»

Виконав здобувач вищої освіти 2м курсу,
групи ЕП-23м-1,4 ОПП «Економіка
підприємства»
спеціальності 051 «Економіка»
Заворотній Іван Анатолійович

«13» грудня 2024 р.

Керівник роботи:
к.т.н., доцент Савеленко Г. В.

«13» грудня 2024 р.

Рецензент:
к.е.н., професор Савченко В. М.

«13» грудня 2024 р.

м. Кропивницький

Центральноукраїнський національний технічний університет

Факультет Економічний
Кафедра Економіки, підприємництва та готельно-ресторанної справи
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Галузь знань Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 051 – «Економіка»
Освітньо-професійна Економіка підприємства
(освітньо-наукова) програма

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри економіки,
підприємництва та готельно-
ресторанної справи

(підпис)
д.е.н., проф. Володимир ЗАЙЧЕНКО
(наук. ступінь, вч. звання, ім'я та прізвище)

« 5 » вересня 2024 року

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ЗА ДРУГИМ (МАГІСТЕРСЬКИМ) РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Заворотнього Івана Анатолійовича

(прізвище, ім'я та по-батькові)

1. Тема роботи «Розробка заходів щодо оптимізації надання медичних послуг
на підприємстві (на прикладі КНП «КОЛ КОР» м. Кропивницький)

2. Керівник роботи Савеленко Григорій Володимирович, к.т.н., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

3. Строк подання роботи до захисту 2024

4. Мета та завдання кваліфікаційної роботи Мета кваліфікаційної роботи: дослід-
ження теоретичних основ та розроблення практичних рекомендацій щодо надання
медичних послуг на підприємстві

Завдання: здійснити аналіз наукової думки щодо специфіки формування ринку та надання
медичних послуг; оцінити результати фінансово економічної діяльності досліджуваного підприємства;
запропонувати та обґрунтувати напрямки оптимізації процесу надання медичних послуг.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Ознайомлення з літературними джерелами	09.09.24-20.09.24	
2.	Написання вступу та першого розділу «Теоретичні основи організації надання медичних послуг»	21.09.24-10.10.24	
3.	Написання другого розділу «Аналіз результатів фінансово-економічної діяльності підприємства»	11.10.24-07.11.24	
4.	Написання третього розділу «Напрямки оптимізації надання медичних послуг КНП «КОЛ КОР»»	08.11.24-19.11.24	
5.	Оформлення кваліфікаційної роботи	20.11.24-25.11.24	
6.	Перевірка кваліфікаційної роботи на унікальність та виявлення академічного плагіату	26.11.24-29.11.24	
7.	Підготовка ілюстративного матеріалу, отримання відгуку наукового керівника, зовнішньої рецензії, рецензії, підготовка до захисту	30.11.24-10.12.24	

Дата видачі завдання

« 5 » вересня 2024 р.

Керівник роботи _____ Савеленко Г. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Завдання прийняте до виконання

« 5 » вересня 2024 р.

Здобувач _____ Заворотній І. А.
(підпис) (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Заворотній І. А Розробка заходів щодо оптимізації надання медичних послуг на підприємстві (на прикладі КНП «КОЛ КОР» м. Кропивницький): кваліфікаційна робота за другим (магістерським) рівнем вищої освіти за ОПП «Економіка підприємства» спеціальності 051 «Економіка» /Центральноукраїнський національний технічний університет. Кропивницький, 2024. 110 с.

У вступі обґрунтовано актуальність теми, визначено мету, об'єкт та предмет дослідження. У першому розділі роботи досліджено теоретичні основи організації надання медичних послуг. Визначено сутність та особливості медичних послуг як об'єкта управління.

У другому розділі роботи здійснено аналіз результатів фінансово-економічної діяльності. Проведено SWOT-аналіз для досліджуваного підприємства. Здійснено аналіз рентабельності, витрат та визначено, що підприємство є прибутковим.

У третьому розділі обґрунтовано необхідність створення сучасного контакт-центру з використанням ІТ-технологій. Описані процеси підготовки створення контакт-центру, тестування його функціональності та ретельний підбір з подальшим навчанням персоналу дозволять скоротити час на підготовку проектної документації та його впровадження. Також запропоновано та теоретично обґрунтовано систему модернізації комунікаційної інфраструктури медичного закладу. За результатами економічних розрахунків, імплементація розробленого комплексу оптимізаційних заходів генеруватиме щорічний економічний ефект на рівні 113220 грн. на рік.

Ключові слова: медична послуга, контакт-центр, комунікаційна інфраструктура, пацієнтоорієнтований підхід

ANOTATION

Zavorotny I. A Development of measures to optimize the provision of medical services at the enterprise: qualification work for the second (master's) level of higher education in the OPP "Enterprise Economics" specialty 051 "Economics" / Central Ukrainian National Technical University. Kropyvnytskyi, 2024. 110 p.

The introduction substantiates the relevance of the topic, defines the goal, object and subject of the study. In the first section of the work, the theoretical foundations of the organization of medical services are studied. The essence and features of medical services as an object of management are determined.

In the second section of the work, an analysis of the results of financial and economic activity is carried out. A SWOT analysis is conducted for the enterprise under study. An analysis of profitability, costs is carried out and it is determined that the enterprise is profitable.

In the third section, the need to create a modern contact center using IT technologies is substantiated. The described processes of preparation for the creation of a contact center, testing its functionality and careful selection with subsequent training of personnel will reduce the time for the preparation of project documentation and its implementation. A system for the modernization of the communication infrastructure of a medical institution is also proposed and theoretically substantiated. According to the results of economic calculations, the implementation of the developed set of optimization measures will generate an annual economic effect at the level of 113,220 UAH. per year.

Keywords: medical service, contact center, communication infrastructure, patient-oriented approach

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень.....	6
ВСТУП.....	7
1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	12
1.1 Сутність та особливості медичних послуг як об'єкта управління	12
1.2 Теоретичне обґрунтування специфіки формування ринку медичних послуг в сучасних умовах розвитку України	22
1.3 Специфіка та значення інформаційних взаємодій у медичних установах.	34
2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «КОЛ КОР»	45
2.1. Загальна організаційно-економічна характеристика підприємства	45
2.2. SWOT-аналіз функціонування КНП «КОЛ КОР».....	48
2.3.Аналіз показників фінансового стану КНП «КОЛ КОР»	52
2.4. Аналіз рентабельності та витрат КНП «КОЛ КОР».....	67
3. НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «КОЛ КОР»	74
3.1 Обґрунтування системи комунікаційних інструментів в умовах багатoproфільної надкластерної лікарні.....	74
3.2 Організація контакт-центру в медичному закладі.....	76
3.3. Оптимізація телекомунікаційної інфраструктури	82
ВИСНОВКИ	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТКИ	96

Перелік умовних позначень

КНП -	комунальне некомерційне підприємство
КОЛ КОР -	Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради
ПМД -	первинна медична допомога
СМД -	спеціалізована медична допомога
НСЗУ -	національна служба здоров'я України
МОЗ -	Міністерство охорони здоров'я
ВООЗ -	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ, англ. World Health Organization (WHO) - спеціалізована установа Організації об'єднаних націй, яка опікується проблемами охорони здоров'я у світовому масштабі. Штаб-квартиру розташовано в Женеві (Швейцарія).
ЗОЗ -	заклад охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні набуває безпрецедентного масштабу, особливо в контексті надання медичних послуг на підприємствах. Сучасні реалії демонструють кардинальну зміну парадигми медичного обслуговування, де якість та доступність медичної допомоги стають визначальними факторами конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я.

Медична галузь України переживає період глибинних структурних змін, характерною особливістю яких є комерціалізація медичних послуг та їх перетворення на специфічний ринковий продукт. Статистичні дані свідчать про стрімке розширення мережі медичних закладів, яка наразі налічує понад 30 тисяч установ, причому приватний сектор домінує, складаючи 90% від загальної кількості.

В умовах такої насиченості ринку впровадження маркетингових стратегій та оптимізація сервісної складової стають не просто бажаними, а життєво необхідними елементами успішного функціонування медичних закладів. Особливої актуальності це набуває в контексті підприємств, де медичне обслуговування працівників безпосередньо впливає на продуктивність праці та загальну ефективність виробничих процесів.

Важливо відзначити, що економічна автономія постачальників медичних послуг створила потужний стимул для підвищення якості обслуговування. Це, своєю чергою, призвело до формування здорового конкурентного середовища, де пацієнти отримали реальну можливість вибору оптимального варіанту медичного обслуговування відповідно до своїх потреб та можливостей.

Актуальність оптимізації надання медичних послуг на підприємстві підсилюється також такими факторами:

1. зростання уваги до профілактичної медицини та раннього виявлення захворювань серед працівників;

2. необхідність інтеграції телемедичних технологій у систему корпоративного медичного обслуговування;
3. підвищення вимог до безпеки праці та охорони здоров'я персоналу в постпандемічний період;
4. важливість створення ефективних механізмів моніторингу якості медичних послуг;
5. потреба в оптимізації витрат на медичне обслуговування при збереженні його високої якості.

Фундаментальним підґрунтям проведеного дослідження виступив комплексний аналіз наукових праць та розробок провідних українських і закордонних дослідників, які зробили вагомий внесок у розвиток теорії та практики управління збутовою діяльністю, особливостей менеджменту в галузі охорони здоров'я та специфіки маркетингового просування медичних послуг, серед яких Л. Балабанова, І. Баланюк, І. Білозерцева, К. Браун, М. Гончаренко, О. Герега, В. Дерій, Д. Джоббер, А. Ключник, В. Козуб, Д. Крейвенс, Л. Запорожан, Д. Ланкастер, О. Литвинова, Т. Лук'янець, С. Онишко, О. Молнар, І. Маковський, З. Надюк, В. Нехай, С. Огієнко, Е. Олсон, К. Павлюк, В. Россоха, С. Розумей, Я. Сливка, Н. Теренда, Н. Терент'єва, О. Чехун, А. Устинов, М. Феш, С. Хрупович, К. Юрїїв та ін.

Варто відзначити, що міждисциплінарний характер досліджуваної проблематики вимагав всебічного вивчення наукових джерел на перетині декількох галузей знань, включаючи економіку охорони здоров'я, медичний менеджмент, маркетинг послуг та інноваційні підходи до організації збутової діяльності в медичній сфері. Особливу цінність для дослідження становили роботи, що висвітлюють сучасні тенденції трансформації ринку медичних послуг та адаптації класичних маркетингових інструментів до специфіки галузі охорони здоров'я.

Сучасні тенденції розвитку наукової думки та практичне впровадження інноваційних розробок демонструють суттєву прогалину в дослідженні

механізмів оптимізації медичного обслуговування. Особливо гостро постає питання врахування унікальних особливостей функціонування медичних підприємств як специфічних господарських суб'єктів.

Наявні наукові дослідження не повною мірою розкривають комплексний характер викликів, з якими стикаються медичні заклади при спробах удосконалення системи надання послуг. Зокрема, потребує поглибленого аналізу та систематизації методологія оптимізації медичного сервісу з урахуванням сучасних технологічних можливостей та змін у споживчих перевагах. Саме ця недостатня розробленість проблематики в науковому дискурсі обумовлює високу актуальність та практичну значущість обраної теми кваліфікаційної роботи.

Мета та завдання дослідження.

Метою випускної кваліфікаційної роботи полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо оптимізації надання медичних послуг на підприємстві (на прикладі КНП «КОЛ КОР» м. Кропивницький).

Для досягнення поставленої мети необхідне вирішення таких завдань:

- здійснити аналіз наукової думки щодо специфіки формування ринку та надання медичних послуг;
- оцінити результати фінансово економічної діяльності досліджуваного підприємства;
- запропонувати та обґрунтувати напрямки оптимізації процесу надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процес надання медичних послуг на підприємстві на прикладі комунального некомерційного підприємства «КОЛ КОР».

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та практичні аспекти оптимізації надання медичних послуг.

Інформаційне підґрунтя проведеного дослідження сформовано на основі широкого спектру авторитетних джерел, що охоплюють різноманітні аспекти

економіки охорони здоров'я, специфіку медичного менеджменту, особливості маркетингу медичних послуг та передові підходи до організації збутової діяльності в галузі охорони здоров'я.

Вагому частину дослідницької бази складає масив нормативно-правової документації, включаючи законодавчі акти, стратегічні державні програми та регуляторні документи, що визначають вектор реформування медичної галузі в Україні. Особливу цінність для дослідження становить аналіз практичного досвіду підприємства "КОЛ КОР", підкріплений детальним вивченням його статистичної звітності та операційних показників.

Варто додати, що інформаційна база дослідження також збагачена:

- аналітичними звітами міжнародних організацій охорони здоров'я;
- результатами галузевих досліджень ринку медичних послуг;
- методичними рекомендаціями щодо впровадження сучасних управлінських практик у медичній сфері;
- матеріалами професійних медичних асоціацій та об'єднань;
- даними внутрішнього аудиту та моніторингу якості послуг досліджуваного підприємства.

Наукова новизна отриманих результатів кваліфікаційної роботи:

- *набуло подальшого розвитку* теоретичне обґрунтування особливостей комунікаційного менеджменту в надкластерних медичних установах;

Практичне значення результатів полягає у розробці конкретних рекомендацій та інструментів для підвищення якості надання медичних послуг у КНП «КОЛ КОР». Їх реалізація дозволить:

- зменшити черги та виконати раціональний розподіл навантаження на медичний персонал;
- оперативне надання інформації про послуги лікарні;
- організацію зворотного зв'язку та моніторинг задоволеності пацієнтів;
- зменшити комунікаційні бар'єри між пацієнтами та медичним закладом;
- зниження навантаження на реєстратуру та адміністративний персонал;

- оптимізацію використання ресурсів лікарні;
- зменшити кількість пропущених прийомів через ефективну систему нагадувань;
- відповідність сучасним стандартам медичного сервісу;
- покращення іміджу лікарні;
- залучення нових пацієнтів через підвищення якості обслуговування.

Апробація отриманих результатів: основні висновки та пропозиції виконаної кваліфікаційної роботи було викладено у доповіді на II Всеукраїнській науково-практичній конференції «Проблеми і перспективи економічного розвитку в умовах модернізаційних процесів в Україні та світі», яка відбулася 27 листопада 2024 р. у м. Кропивницький, в ЦНТУ). Тези доповіді опубліковано у збірнику матеріалів конференції (назва тез доповіді – «Впровадження комунікативних стандартів як інструмент підвищення якості медичного обслуговування»).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить 110 сторінок, у тому числі 95 сторінки основного тексту. Ілюстративний матеріал кваліфікаційної роботи включає 12 таблиць і 4 рисунки.

1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Сутність та особливості медичних послуг як об'єкта управління

У сучасному світі охорона здоров'я є однією з найважливіших сфер життя суспільства, де центральне місце посідає медична послуга як основний елемент взаємодії між системою охорони здоров'я та пацієнтом. Медична послуга представляє собою особливий вид професійної діяльності, спрямованої на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини.

Медична послуга – це комплекс професійних дій медичних працівників, спрямованих на задоволення потреб пацієнта у підтримці його здоров'я, профілактиці захворювань, діагностиці, лікуванні та реабілітації. Важливо розуміти, що медична послуга не є просто технічною процедурою, а являє собою складний комплекс взаємодій, що включає як професійні медичні маніпуляції, так і комунікативні, етичні та організаційні аспекти.

Характеристики медичної послуги є унікальними та відрізняють її від інших видів послуг. Насамперед, це невідчутність – неможливість оцінити якість послуги до її отримання. Пацієнт не може "приміряти" чи "спробувати" медичну послугу перед її наданням, що створює особливі вимоги до формування довіри між лікарем та пацієнтом.

Невіддільність від джерела є другою важливою характеристикою медичної послуги. Вона не може бути надана без безпосередньої участі медичного працівника, що підкреслює важливість професійної підготовки та особистісних якостей медичного персоналу. Процес надання послуги невіддільний від її споживання, що вимагає синхронізації дій медичного працівника та пацієнта.

Непостійність якості медичної послуги пов'язана з людським фактором – різні лікарі можуть надавати послуги різної якості, навіть дотримуючись однакових протоколів. Більше того, той самий лікар може надавати послуги різної якості в різний час залежно від свого фізичного та емоційного стану.

Неможливість зберігання є ще однією характерною рисою медичної послуги. Її не можна створити заздалегідь та зберігати на складі, що створює особливі вимоги до організації роботи медичних закладів та планування ресурсів.

Індивідуальний характер надання послуги підкреслює необхідність врахування особливостей кожного пацієнта. Навіть при однакових захворюваннях підхід до лікування може відрізнятися залежно від віку, статі, супутніх захворювань та інших індивідуальних характеристик пацієнта.

Високий ступінь державного регулювання медичних послуг обумовлений їх соціальною значущістю та необхідністю забезпечення безпеки пацієнтів. Це проявляється у встановленні стандартів надання медичної допомоги, ліцензуванні медичної діяльності та контролі якості медичних послуг.

Асиметрія інформації є специфічною характеристикою медичної послуги, коли пацієнт не має достатніх знань для оцінки необхідності та якості послуги, що надається. Це створює особливу відповідальність медичних працівників та необхідність розвитку системи захисту прав пацієнтів.

У сучасних умовах медична послуга набуває нових характеристик, пов'язаних з розвитком технологій та зміною очікувань пацієнтів. Зростає роль інформаційних технологій, з'являються нові форми надання послуг, такі як телемедицина, посилюється увага до сервісної складової медичної послуги.

Таким чином, медична послуга є складним та багатогранним явищем, що поєднує професійні, етичні, правові та організаційні аспекти. Розуміння її сутності та особливостей є необхідним для ефективного управління системою охорони здоров'я та забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

Кардинальне оновлення системи охорони здоров'я України набуло офіційного старту із впровадженням революційного Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2017 році [1]. Визначальним кроком стало формування у квітні 2018 року централізованого органу закупівель медичних послуг — Національної служби

здоров'я України (НСЗУ). Варто відзначити, що одночасно відбувалась реалізація постанови Кабінету міністрів № 391, яка встановлювала критерії для медичних закладів [2]. Це започаткувало масштабний процес автономізації закладів охорони здоров'я, що супроводжувався впровадженням новітніх підходів до їх менеджменту.

Вже за кілька місяців, у липні 2018 року, НСЗУ досягла першого практичного результату — підписання контрактів з автономними надавачами первинної медичної допомоги, базуючись на принципі подушного фінансування. Можна припустити, що така швидкість впровадження змін була зумовлена ретельною підготовчою роботою та високою мотивацією медичних закладів до трансформації. Револьюційним стало надання пацієнтам безпрецедентного права самостійно обирати свого сімейного лікаря. При цьому система забезпечила рівні конкурентні умови для всіх надавачів первинної медичної допомоги, незалежно від форми власності, в межах програми медичних гарантій. Ймовірно, така демократизація системи охорони здоров'я сприяла підвищенню якості медичних послуг через механізми ринкової конкуренції.

Фундаментом всеохоплюючої системи охорони здоров'я має виступати ефективна та доступна первинна медична допомога (ПМД), зосереджена на потребах пацієнта. Проте діюча структура медичного обслуговування в Україні характеризується значними дисбалансами, де надмірна увага приділяється спеціалізованій медичній допомозі (СМД) - як у форматі консультацій вузькопрофільних спеціалістів у поліклініках, так і в контексті стаціонарного лікування. Можна припустити, що така система склалася історично через успадкування радянської моделі охорони здоров'я.

Відсутність інституту сімейної медицини та належної координації медичних послуг до впровадження реформи унеможливлювала реалізацію комплексного підходу у забезпеченні населення якісною та безпечною медичною допомогою. Особливо гостро ця проблема відчувалася пацієнтами з хронічними захворюваннями, які потребують постійного медичного супроводу.

Роздробленість медичної системи призводила не лише до зростання фінансового навантаження на пацієнтів (часто до критичного рівня), але й парадоксально погіршувала результативність лікування.

Реформування системи охорони здоров'я визначило пріоритетним напрямком розвиток ПМД через запровадження механізму закупівлі медичних послуг Національною службою здоров'я України (НСЗУ) в автономізованих медичних закладів. Вірогідно, ключовим фактором успіху початкового етапу контрактування стала синхронізація двох процесів: укладання договорів на надання ПМД та встановлення чітких стандартів базового пакету послуг через відповідний наказ Міністерства охорони здоров'я. Впровадження інноваційних форматів надання первинної допомоги дозволило досягти вражаючих результатів у стислі терміни. Можна припустити, що такий комплексний підхід до реформування сприяв не лише підвищенню якості медичних послуг, але й оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я в цілому.

До завершення 2021 року значний успіх реформи підтверджується вражаючою статистикою — близько 33 мільйонів громадян України реалізували своє право на вибір сімейного лікаря, уклавши персональні декларації. Національна служба здоров'я України налагодила співпрацю з розгалуженою мережею надавачів первинної медичної допомоги, що охоплює понад 2,1 тисячі медичних закладів. Структура цієї мережі демонструє різноманітність форм власності: 1254 комунальних заклади становлять основу системи, доповнюючись 259 приватними установами та 577 фізичними особами-підприємцями, що представлені 1148 сімейними лікарями. Всі вони працюють в рамках чітко регламентованого пакету послуг ПМД з уніфікованими тарифами, причому система продовжує розвиватися через впровадження нових пакетів програми медичних гарантій.

Однак, незважаючи на суттєве реформування фінансового механізму та зростання бюджетних асигнувань на первинну медичну допомогу, якісні характеристики медичних послуг залишаються майже незмінними. Можна

припустити, що така ситуація частково зумовлена інерційністю медичної системи та недостатньою підготовкою персоналу до нових моделей роботи. Діяльність первинної ланки часто обмежується реактивним підходом — наданням допомоги при гострих станах за зверненням пацієнтів. Критичними проблемами залишаються: недостатній розвиток профілактичного напрямку, відсутність ефективних програм популяризації здорового способу життя, обмежені можливості контролю факторів ризику хронічних захворювань та їх ранньої діагностики. Особливо варто відзначити низький рівень залучення пацієнтів та їхніх родин до процесу збереження здоров'я та управління лікуванням. Ймовірно, подолання цих викликів потребує не лише додаткового фінансування, але й системних змін у підготовці медичних працівників та розвитку їхніх комунікативних навичок.

У сучасній системі первинної медичної допомоги (ПМД) центральною фігурою, як і раніше, виступає лікар, тоді як потенціал середнього медичного персоналу використовується недостатньо ефективно. Медичні сестри часто виконують переважно адміністративні функції під час прийому пацієнтів сімейним лікарем, що не тільки обмежує їхній професійний розвиток, але й може створювати проблеми з дотриманням конфіденційності пацієнтів. Можна припустити, що така ситуація склалася через історично сформовану ієрархічну модель взаємодії в медичних закладах та недостатнє розуміння важливості командного підходу. Хоча певні успіхи у впровадженні мультидисциплінарного підходу спостерігаються в окремих регіонах, особливо при роботі з пацієнтами з ВІЛ, туберкульозом та психічними розладами, цей досвід поки не набув широкого поширення.

Впровадження електронної системи направлень поступово трансформує традиційні моделі взаємодії між пацієнтами та надавачами як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги (СМД). Цей процес вимагає розвитку нових компетенцій та адаптації поведінкових патернів всіх учасників системи охорони здоров'я, що природно потребує певного адаптаційного періоду. Ймовірно,

найбільшим викликом є подолання протиріч між первинною та поки нереформованою спеціалізованою ланками медичної допомоги, що суттєво ускладнює реалізацію сімейними лікарями їхніх координаційних функцій та ролі "воротаря" системи. Додаткові ризики для здоров'я пацієнтів створюють такі фактори як: легкодоступність безрецептурних препаратів, поширеність медичних практик, що не базуються на принципах доказової медицини, надмірна кількість консультацій вузьких спеціалістів та неконтрольоване призначення лікарських засобів при відсутності належної координації медичної допомоги. Можна передбачити, що вирішення цих проблем потребуватиме комплексного підходу, включаючи посилення регуляторних механізмів та підвищення медичної грамотності населення.

Спеціалізована медична допомога (СМД) в амбулаторному сегменті все ще базується на застарілій поліклінічній моделі комунальних закладів, технологічні можливості яких суттєво обмежені для проведення сучасної діагностики та лікування. В умовах такого технологічного вакууму приватний сектор активно освоює нішу консультативних, діагностичних та лабораторних послуг, подекуди стаючи єдиним доступним провайдером певних видів медичної допомоги. Можна припустити, що така ситуація сформувалася через недостатнє фінансування модернізації комунальних закладів та відсутність стимулів для їх технологічного оновлення.

Особливу проблему створює поширена практика суміщення роботи вузькопрофільними спеціалістами у комунальних та приватних закладах, що часто супроводжується спрямуванням пацієнтотоку до приватного сектору. Ймовірно, це зумовлено як економічними мотивами лікарів, так і можливістю використання більш сучасного обладнання у приватних клініках. Такий стан речей має низку негативних наслідків: зростання фінансового навантаження на пацієнтів, посилення нерівності в доступі до медичних послуг для менш забезпечених верств населення, погіршення результатів лікування через розрізненість медичних послуг та відсутність належної координації.

Відсутність єдиної інтегрованої системи електронних медичних записів та ефективних механізмів моніторингу амбулаторної СМД, включаючи приватний сектор, унеможливорює об'єктивну оцінку якості та ефективності наданих послуг. Це створює підґрунтя для надмірного призначення діагностичних процедур та консультацій, що стає додатковим тягарем для пацієнтів у складних життєвих обставинах. Можна передбачити, що вирішення цих проблем потребуватиме не лише технологічної модернізації, але й впровадження ефективних механізмів контролю якості та координації медичної допомоги між різними надавачами послуг.

Аналіз потужностей стаціонарного сектору охорони здоров'я України виявляє суттєвий дисбаланс у порівнянні з європейськими країнами. Зокрема, щільність лікарняних закладів в Україні (4,2 на 100 000 населення) майже вдвічі перевищує відповідні показники країн Європейського регіону ВООЗ: Естонії (2,3), Польщі (2,8) та Великої Британії (2,9). Можна припустити, що така надмірна кількість лікарень є наслідком успадкованої радянської моделі охорони здоров'я, яка базувалася на екстенсивному розвитку медичної інфраструктури.

Значна частина лікарняних закладів характеризується застарілою матеріально-технічною базою та обмеженими можливостями використання сучасних медичних технологій. Особливо критичною є ситуація з наданням невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю, таких як інсульт, інфаркт чи тяжкі травми. Ймовірно, це пов'язано не лише з недостатнім фінансуванням, але й з неефективним розподілом наявних ресурсів.

Примітною особливістю української системи охорони здоров'я є значна кількість монопрофільних лікарень (психіатричних, наркологічних, туберкульозних, інфекційних та санаторно-оздоровчих закладів), тоді як світова практика демонструє перевагу багатoproфільних медичних установ, які забезпечують комплексність, вищу якість та безпеку медичної допомоги. В розвинених країнах такі спеціалізовані відділення зазвичай інтегровані в

структуру багатoproфільних лікарень, що дозволяє оптимізувати використання ресурсів та покращити координацію медичної допомоги.

Варто відзначити, що значна частина послуг, які наразі надаються в умовах стаціонару, могла б ефективно забезпечуватися на рівні первинної медичної допомоги, в амбулаторних умовах спеціалізованої медичної допомоги, у закладах одноденного перебування або взагалі поза межами системи охорони здоров'я. Можна передбачити, що оптимізація структури медичної допомоги дозволила б не лише підвищити ефективність використання ресурсів, але й покращити доступність та якість медичних послуг для населення.

Структурний аналіз лікарняного сектору України виявляє суттєву надлишковість ліжкового фонду та штатного розпису. Показники забезпеченості лікарняними ліжками та медичним персоналом на 100000 населення перевищують аналогічні індикатори країн-орієнтирів щонайменше на третину. Можна припустити, що така ситуація зумовлена як історичними факторами, так і відсутністю ефективних механізмів оптимізації ресурсів.

Порівняльний аналіз демонструє значно вищу інтенсивність госпіталізації в Україні (18,9 випадків на 100 населення) порівняно з європейськими країнами: Естонією (15,6), Швецією (12,9) та Великою Британією (12,4). При цьому середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі в Україні (11,2 дня) суттєво перевищує відповідні показники Польщі (7,3 дня), Естонії (7,6 дня) та Великої Британії (7 днів). Парадоксально, що при більшій тривалості госпіталізації інтенсивність наданої допомоги залишається низькою: лише 24% випадків стаціонарного лікування в Україні передбачали хірургічне втручання, тоді як у розвинених країнах цей показник сягає 70%. Ймовірно, це свідчить про недостатньо обґрунтовані показання до госпіталізації та неефективне використання стаціонарних потужностей.

Експертні оцінки вказують, що принаймні п'ята частина всіх випадків стаціонарного лікування могла б успішно вирішуватися в амбулаторних умовах, а для 57% проведених у стаціонарі ліжко-днів відсутні медичні показання щодо

необхідності цілодобового перебування пацієнта в лікарні. При цьому на утримання лікарняного сектору спрямовується лівова частка (60-65%) державного фінансування охорони здоров'я. Особливе занепокоєння викликає відсутність комплексної системи моніторингу якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів під час стаціонарного лікування, що унеможливорює об'єктивну оцінку ефективності лікарняної системи та її відповідності потребам населення.

Сучасна система охорони здоров'я України характеризується збереженням паралельних відомчих медичних структур, що створює низку системних проблем: поглиблює фрагментацію медичних послуг, породжує нерівномірність у розподілі фінансових ресурсів між різними надавачами послуг та підриває принцип справедливості у доступі громадян до медичної допомоги. Можна припустити, що збереження таких паралельних структур частково зумовлене історичними традиціями та впливом відомчих інтересів.

У контексті адміністративно-територіальної реформи та децентралізації управління медичними закладами виявляються суттєві прогалини у спроможності територіальних громад ефективно керувати системою охорони здоров'я на локальному рівні. Розширення повноважень місцевого самоврядування не супроводжувалося належною підготовкою керівників територіальних громад до управління медичною галуззю, що призводить до низки необґрунтованих рішень. Зокрема, спостерігаються випадки нераціонального розвитку медичних закладів без врахування демографічних показників та реальних потреб населення, ігнорування вимог безпеки медичної допомоги, придбання непотрібного обладнання, проведення недоцільних будівельних робіт або створення надлишкових закладів охорони здоров'я.

Додатковим викликом стає необхідність налагодження ефективної співпраці між різними територіальними громадами для підтримки медичних закладів, що обслуговують населення кількох громад. Ймовірно, складність такої взаємодії пов'язана з відсутністю відпрацьованих механізмів

міжмуніципального співробітництва у сфері охорони здоров'я. Водночас спостерігається протилежна тенденція: великі територіальні громади, маючи у підпорядкуванні значну кількість медичних закладів, часто обирають автономний шлях розвитку, уникаючи координації з сусідніми громадами та обласним рівнем управління охороною здоров'я. Можна передбачити, що така автаркія може призводити до неефективного використання ресурсів та зниження якості медичної допомоги.

Система охорони здоров'я України потребує особливої уваги до тих медичних послуг, які або були недостатньо розвинені, або не відповідають сучасним міжнародним стандартам. Хоча певні напрямки, такі як охорона психічного здоров'я, реабілітаційна медицина та паліативна допомога, вже знайшли своє місце в українському законодавстві та стратегічних документах, існують критичні прогалини. Зокрема, надзвичайно актуальним є питання довготривалого догляду та лікування (long-term care), яке досі законодавчо не врегульоване в Україні. Можна припустити, що відсутність такого регулювання створює значні ризики для якості життя пацієнтів, особливо враховуючи демографічні тенденції до старіння населення та збільшення тривалості життя.

Варто зазначити, що наявна система медичних послуг є віддзеркаленням багаторічного розвитку українського суспільства, і її трансформація відбувається надзвичайно повільно, незважаючи на активні реформаторські зусилля останніх років. Суттєвим фактором, який впливає на цей процес, є усталена культура взаємодії між пацієнтами та медичними працівниками. Можна припустити, що десятиліття патерналістичного підходу в медицині сформували специфічні очікування громадян, які часто не збігаються з сучасними науково обґрунтованими підходами до надання медичної допомоги.

Окремим викликом є консервативність медичної спільноти. Лікарі та медичні заклади, які роками практикували певні підходи до лікування, нерідко виявляють супротив до впровадження принципів доказової медицини та сучасного менеджменту, заснованого на даних. Вірогідно, це пов'язано як з

недостатньою обізнаністю щодо переваг нових підходів, так і з природним страхом перед змінами.

Таким чином, успішна реорганізація системи медичних послуг вимагатиме комплексного підходу. З одного боку, необхідна масштабна робота з медичним персоналом та адміністративним складом закладів охорони здоров'я щодо впровадження сучасних практик. З іншого боку, критично важливою є широкомасштабна просвітницька діяльність серед населення для формування нової культури споживання медичних послуг, заснованої на принципах доказової медицини та спільного прийняття рішень.

1.2 Теоретичне обґрунтування специфіки формування ринку медичних послуг в сучасних умовах розвитку України

У науковому дискурсі, що стосується менеджменту охорони здоров'я, спостерігається певна термінологічна неузгодженість щодо ключових понять галузі. Дослідники оперують різноманітними термінами, серед яких найчастіше зустрічаються: система охорони здоров'я, медична система, модель медичної системи та ринок охорони здоров'я. Можна припустити, що така варіативність термінології відображає складність та багатовимірність досліджуваних явищ.

Базовим орієнтиром у визначенні системи охорони здоров'я слугує дефініція Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), згідно з якою це "сукупність організацій, людей та їх вчинків, основним завданням яких є зміцнення, відновлення чи підтримання здоров'я" [3, с. 65]. Примітно, що це визначення підкреслює не лише інституційний, але й людський фактор у забезпеченні охорони здоров'я.

Важливо наголосити на концептуальній відмінності між поняттями "система охорони здоров'я" та "ринок охорони здоров'я" чи "ринок лікарських засобів". Ця диференціація є принциповою, оскільки не всі системи охорони здоров'я функціонують за ринковими принципами. Можна припустити, що в

деяких країнах система охорони здоров'я може бути повністю державною або змішаною, де ринкові механізми відіграють другорядну роль.

Ринок охорони здоров'я України доцільно розглядати як комплексну екосистему, де відбувається багатостороння взаємодія між виробниками медичних товарів і послуг та їх споживачами. У цьому середовищі формуються складні економічні взаємозв'язки, що охоплюють співвідношення попиту та пропозиції, цінову динаміку, доходи учасників ринку та обсяги споживання медичних товарів (від лікарських засобів до медичного обладнання) і послуг. Вірогідно, що на формування цих взаємозв'язків впливають також соціальні, культурні та політичні фактори, які створюють унікальний контекст функціонування українського ринку охорони здоров'я.

Можна припустити, що особливістю українського ринку охорони здоров'я є його перехідний характер - від пострадянської моделі до сучасної ринкової системи, що створює додаткові виклики для всіх учасників ринку та потребує виваженого підходу до його регулювання.

Еволюційний розвиток систем охорони здоров'я у світі призвів до формування декількох фундаментальних моделей, які можна класифікувати за різними параметрами. Особливо показовим є розподіл моделей за джерелами фінансування, де виокремлюють: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель державного медичного страхування та систему прямих платежів, а також модель "з власної кишені пацієнта" [4, 5]. Порівняльний аналіз ключових характеристик цих моделей дозволяє визначити міру присутності ринкових елементів у кожній з них (табл. 1.1).

Можна припустити, що кожна з цих моделей відображає не лише економічні особливості країн, де вони впроваджені, але й їхні соціально-культурні традиції та історичний досвід. Наприклад, модель Беверіджа, яка базується на державному фінансуванні через податки, найбільш поширена у країнах з сильними соціал-демократичними традиціями. Натомість, модель

Бісмарка, що спирається на систему обов'язкового медичного страхування, характерна для країн з розвиненими інститутами соціального партнерства.

Варто зазначити, що в сучасних умовах не можна знайти ці моделі в чистому вигляді - більшість країн використовують гібридні підходи, адаптуючи різні елементи під свої потреби та можливості. Це може свідчити про те, що універсального рішення для організації системи охорони здоров'я не існує, і кожна країна має знайти свій оптимальний баланс між державним регулюванням та ринковими механізмами.

Детальне дослідження моделей системи охорони здоров'я, які базуються на ринкових механізмах попиту та пропозиції, дозволяє зробити декілька важливих спостережень.

По-перше, моделі з домінуючою роллю держави у наданні та фінансуванні медичних послуг переважно орієнтовані на задоволення попиту, що може сприяти розвитку патерналістичних відносин у галузі. Цю думку підтверджує С. О. Назарко в [6]. Можна припустити, що така ситуація особливо характерна для країн, які впровадили модель Беверіджа, де державне фінансування може створювати ілюзію невичерпності ресурсів та знижувати мотивацію до їх ефективного використання.

По-друге, моделі, орієнтовані на пропозицію (ринкові системи), демонструють суттєві недоліки у забезпеченні рівного доступу до медичної допомоги. Це детально описано Н. Резніковою в [7]. Вірогідно, це пов'язано з тим, що чисто ринковий підхід не враховує соціальну природу медичних послуг та може призводити до виключення певних груп населення з системи охорони здоров'я через фінансові бар'єри.

Можна додати, що обидві крайнощі - як повністю державна, так і чисто ринкова модель - мають свої суттєві обмеження. Це наводить на думку про необхідність пошуку оптимального балансу між державним регулюванням та ринковими механізмами, який би забезпечував як ефективність використання ресурсів, так і соціальну справедливість у доступі до медичних послуг.

Таблиця 1.1 Наявність ринкових атрибутів у моделях ринку охорони здоров'я

№ з/п	Модель ринку та її основні характеристики	Наявність окремих елементів ринку
1.	Модель Беверіджа: відсутня галузева конкуренція; держава та її уряд є єдиними платниками; централізована медична система; використання податкових платежів як основного джерела фінансування; наявність пільг та окреслених стандартів; віднесення значної частини медперсоналу до інституту державної служби; зменшення витрат через ретельний розподіл коштів на екстрені напрямки фінансування.	Відсутні будь-які елементи ринку
2.	Модель Бісмарка: децентралізація системи медичних послуг; надходження коштів завдяки медичному страхуванню або через фонди соціального забезпечення; суворе контролювання цін; акцентування уваги на клієнтах, які здатні зробити свій внесок як працівники	Відкриття приватних мед. закладів, наявність конкуренції між закладами, що дають медичні послуги
3.	Модель національного медичного страхування для окремих платників: універсальний страховий поліс; вказання держави як єдиного платника за медичні послуги; відсутність залежності між доходом пацієнта та кількістю можливих послуг; врахування збалансованості між державними та приватними страховиками; низький рівень перешкод для отримання медичної допомоги.	Впровадження практики приватних надавачів послуг, наявність конкуренції між закладами, що дають медичні послуги
4.	Модель з прямим платежем («з власної кишені пацієнта»): модель, яка повністю орієнтована на ринок залежність доступу громадян до медичних послуг від рівня їх матеріальної спроможності	Самостійна оплата послуг пацієнтом; вплив матеріального забезпечення громадян на отримання послуг

При формуванні системи охорони здоров'я країни неминуче постають перед фундаментальним вибором між двома підходами. Перший передбачає застосування суто економічних критеріїв, де ключовим є співвідношення витрат і вигод та запобігання надмірним видаткам. Другий підхід акцентує увагу на

соціальній складовій та позитивних екстерналіях, які створює система охорони здоров'я через забезпечення здоров'я населення, що має довготривалий вплив на суспільний розвиток.

Спроби знайти оптимальне рішення цієї дилеми спричинили еволюцію традиційних моделей охорони здоров'я. Можна припустити, що це призвело до формування більш гнучких гібридних систем, які поєднують елементи державного та приватного секторів, впроваджують нові механізми фінансування та залучають посередників у відносини між надавачами та споживачами медичних послуг.

У світовій практиці сформувалися три основні напрямки організації систем охорони здоров'я: переважно бюджетне фінансування (характерне для Великобританії, Данії, Іспанії, Португалії), соціальне страхування (поширене в Австрії, Болгарії, Німеччині, Японії) та системи з домінуванням ринкових механізмів (притаманні Ізраїлю, Південній Кореї, США). Вірогідно, що кожна з цих моделей виникла як відповідь на специфічні соціально-економічні умови та культурні особливості відповідних країн.

Можна зазначити, що сучасна система охорони здоров'я України також рухається в руслі цих глобальних тенденцій, намагаючись знайти оптимальний баланс між соціальною справедливістю та економічною ефективністю. При цьому особливої ваги набуває питання про те, як забезпечити якісну медичну допомогу в умовах обмежених ресурсів та значної соціальної диференціації населення.

Радянська система охорони здоров'я, що функціонувала в Україні (відома як модель Бевереджа-Семашко), характеризувалася низкою специфічних рис: орієнтацією на потреби пацієнтів, монопольним державним фінансуванням, виключно державною мережею медичних закладів, декларативною рівністю доступу до медичних послуг (закріпленою в Конституції), безоплатністю медичної допомоги та принципом суспільного блага. Можна припустити, що

така модель відповідала ідеологічним засадам соціалістичного суспільства та планової економіки.

Проте, попри певні позитивні аспекти, система демонструвала суттєві недоліки: порушення принципів вертикальної та горизонтальної справедливості, низьку загальну ефективність, дефіцит лікарських засобів, нераціональний розподіл ресурсів при одночасній відсутності можливостей впровадження інноваційних методів діагностики, лікування та реабілітації. Особливо помітною була різниця в якості послуг порівняно з розвиненими зарубіжними системами охорони здоров'я, а також неефективність у розподілі фінансових ресурсів для обслуговування медичної мережі.

В контексті загальної ринкової трансформації економіки України стара модель охорони здоров'я виявилася неадекватною потребам як споживачів та виробників медичних послуг, так і суміжних ринків. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні відбувалася під впливом комплексу факторів: розвитку підприємницької ініціативи в медичній сфері, появи приватних медичних закладів, розширення спектру платних медичних послуг, імплементації європейських моделей соціальної політики та впровадження системної реформи охорони здоров'я.

Можна додати, що цей процес трансформації супроводжувався значними викликами, зокрема необхідністю подолання укорінених стереотипів щодо безоплатності медичної допомоги, потребою у формуванні нової культури споживання медичних послуг та необхідністю адаптації медичного персоналу до роботи в ринкових умовах. Вірогідно, що саме ці соціально-культурні фактори значною мірою визначили темп та особливості реформування галузі.

Еволюція ринку охорони здоров'я України супроводжується динамічними змінами як у зовнішньому середовищі, так і у внутрішній організації медичних закладів. Особливо помітним є зростання приватного сектору в медичній галузі, що відбувалося паралельно з розвитком ринкової економіки в країні. Статистичні дані свідчать про стрімку динаміку: якщо у 2016 році функціонувало

22 тисячі приватних медичних закладів, то вже у 2020 році приватним був кожен п'ятий заклад охорони здоров'я. Показово, що приватні витрати на охорону здоров'я досягли значної частки - 42,3% від загального обсягу витрат у галузі [8, с. 12].

Можна припустити, що таке зростання приватного сектору відображає не лише економічні процеси, але й зміну суспільного запиту на якість та доступність медичних послуг.

Системна трансформація галузі охорони здоров'я, що реалізується за принципом "згори донизу", передбачає послідовне впровадження змін на всіх рівнях медичної допомоги. Цей процес охоплює реорганізацію первинної медико-санітарної допомоги, модернізацію спеціалізованої медичної допомоги та впровадження інноваційних механізмів фінансування. Реформа розгортається в рамках Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2020 роки.

Експерти виділяють чотири етапи цього процесу, причому найбільш відчутні зміни спостерігаються на завершальних етапах реформи. Саме тоді було сформовано нову мережу первинної медико-санітарної допомоги та започатковано реформування спеціалізованої медичної допомоги. Вірогідно, така поетапність пов'язана з необхідністю ретельного відпрацювання нових механізмів на кожному рівні системи та потребою у створенні відповідної нормативно-правової бази.

Варто зазначити, що попри наявність численних нормативних документів, методичних розробок МОЗ України та політики пошуку додаткового фінансування, реальні трансформації потребували значного часу для їх практичної реалізації. Це може бути пов'язано як з інертністю самої системи охорони здоров'я, так і з необхідністю подолання опору змінам на різних рівнях.

Реформування системи охорони здоров'я України призвело до низки фундаментальних змін у галузі. Ключовими досягненнями стало перетворення медичних закладів на автономні некомерційні державні підприємства, які

працюють за принципом "гроші слідують за пацієнтом" на всіх рівнях медичної допомоги - від первинної до третинної. Можна припустити, що така трансформація сприяла підвищенню фінансової гнучкості та управлінської ефективності медичних закладів.

Суттєвим проривом стало запровадження права пацієнтів вільно обирати сімейного лікаря, терапевта та педіатра як у державних, так і в приватних установах. Паралельно розпочалася співпраця спеціалізованих медичних закладів з Національною службою охорони здоров'я на контрактній основі, що забезпечило прозорість фінансових потоків та створило передумови для конкуренції між надавачами медичних послуг.

Важливим нововведенням стало впровадження програми медичного страхування та можливість отримання медичної допомоги в приватних установах за бюджетні кошти. Значного прогресу досягнуто у цифровізації галузі через впровадження електронних медичних карток та рецептів у рамках програми "Доступні ліки", що суттєво спростило доступ пацієнтів до медичних послуг та ліків.

Стратегічні цілі реформи на 2020-2021 роки були спрямовані на подальшу модернізацію галузі та включали: імплементацію сучасних механізмів фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, покращення матеріально-технічної бази закладів, оптимізацію кадрового забезпечення та інформаційних систем відповідно до міжнародних стандартів, а також інтеграцію інноваційних технологій у щоденну медичну практику.

Можна додати, що успішність реалізації цих цілей значною мірою залежала від здатності системи адаптуватися до нових умов роботи та готовності медичного персоналу опановувати сучасні технології та підходи до надання медичної допомоги. Вірогідно, що досвід пандемії COVID-19 додатково прискорив процеси цифровізації та впровадження інноваційних рішень у медичній практиці.

Аналізуючи трансформаційні процеси у контексті становлення ринкових відносин, необхідно застосовувати двовекторний підхід: по-перше, здійснювати глибинний аналіз особливостей національного ринку медичних послуг та детермінант його розвитку; по-друге, проводити комплексну оцінку структурного балансу між формуванням та функціонуванням ключових компонентів медичного ринку, досліджуючи їхній вплив на його фундаментальні характеристики.

Важливо підкреслити, що ринок медичних послуг являє собою значно складнішу систему, ніж просто сукупність медичних установ чи послуг. Це багаторівнева екосистема, що характеризується складною взаємодією між різноманітними учасниками: пацієнтами як споживачами медичної допомоги, провайдерами медичних послуг (державними, комунальними та приватними закладами, індивідуальними практиками), різноманітними посередницькими структурами (страховими організаціями, фінансовими установами, постачальниками медичного обладнання, юридичними консультантами) та благодійними фондами.

На сучасному етапі ця система функціонує в умовах подвійного навантаження: з одного боку, вона підлягає впливу природних трансформаційних процесів, а з іншого – змушена адаптуватися до безпрецедентних викликів, спричинених пандемією COVID-19 та повномасштабною військовою агресією російської федерації проти України. На мою думку, ці фактори суттєво прискорили процеси диджиталізації медичних послуг, стимулювали розвиток телемедицини та призвели до реструктуризації системи надання медичної допомоги, зокрема через необхідність швидкого реагування на надзвичайні ситуації та забезпечення доступності медичних послуг в умовах обмежень.

- Аналіз актуальних тенденцій на ринку медичних послуг України виявляє комплексну трансформаційну модель із наступними визначальними характеристиками:

- На ринку сформувалось унікальне конкурентне середовище, де державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я функціонують в єдиному просторі. Це спонукало всіх учасників ринку до впровадження маркетингових стратегій та проведення детальних досліджень. Примітно, що державні установи, розширюючи спектр платних послуг, стали повноцінними учасниками конкурентних відносин.
- Ринок характеризується складною багатокomпонентною структурою, що охоплює взаємопов'язані сегменти: ринок медичних послуг, медичного обладнання, професійних медичних кадрів, а також інноваційних розробок і технологій. Кожен із цих компонентів має власну динаміку розвитку та специфічні бар'єри входу, що створює модель асинхронного розвитку різних сегментів ринку.
- Важливою особливістю є концептуальне розмежування понять медичної допомоги як суспільного блага та медичних послуг як специфічного товару. Подібно до міжнародних моделей, український ринок демонструє певні "провали", зумовлені необхідністю протидії соціально небезпечним захворюванням та ризикованій поведінці громадян.
- Впроваджено інноваційний механізм фінансування медичних закладів через систему стратегічних закупівель державою медичних послуг. «Відбувається синергія між домашньою медициною та приватною медициною, налагоджено механізми надання грантів та фінансування новітніх розробок в даній області досліджень» [9, с. 173].
- Істотною інновацією стало впровадження договірної системи через декларації між пацієнтами та медичними закладами, а також контракти між закладами охорони здоров'я та НСЗУ. Фінансування галузі здійснюється з різних джерел, включаючи державний бюджет, місцеве самоврядування, страхові фонди, профспілки та міжнародних донорів.
- Характерною рисою ринку є інформаційна асиметрія щодо попиту на здоров'я як кінцевий продукт та медичні послуги як проміжний продукт. Низька

купівельна спроможність населення створює ефект відтермінованого попиту, що знижує соціальну ефективність ринку.

- Специфікою ринку є наявність винятків, пов'язаних з переліком послуг, що не покриваються державними гарантіями, та нерівномірним розподілом ресурсів між комунальними та приватними закладами.
- Існування паралельного ринку медичних послуг зумовлене недостатнім розвитком окремих сегментів та слабкою конкуренцією. Особливо це стосується використання діагностичного обладнання комунальних закладів для надання приватних послуг.
- Розвиток медичного підприємництва стримується низкою факторів: проблемами інноваційного забезпечення, монополізацією ринку засобів виробництва, недостатністю капіталу, низькою платоспроможністю населення та складністю взаємодії між учасниками ринку. На мою думку, подолання цих бар'єрів потребує системного підходу та впровадження додаткових механізмів державної підтримки галузі.

Національна модель ринку медичних послуг в Україні демонструє унікальний трансформаційний характер, що суттєво відрізняється від усталених європейських моделей. Її визначальною особливістю є асинхронність розвитку різних сегментів, що створює певні структурні дисбаланси. В сучасних умовах постає нагальна потреба у формуванні ефективних державних інституцій підтримки та впровадженні збалансованої регуляторної політики з урахуванням передового досвіду ЄС, зокрема щодо механізмів підтримки медичних установ Європейською комісією та системи контролю за використанням бюджетних коштів.

Аналізуючи перспективи подальшої еволюції вітчизняної системи охорони здоров'я та моделі медичного ринку, критично важливим є чітке визначення стратегічних цілей розвитку. Практика європейських країн переконливо свідчить, що найвищу ефективність демонструють гібридні системи, які

органічно поєднують державний та приватний сектори в рамках моделі регульованого ринку з активною участю держави.

Для української системи охорони здоров'я, яка характеризується трансформаційною динамікою та поєднанням ринків з різним ступенем конкурентної зрілості, притаманна підвищена волатильність, зумовлена появою інноваційних форм підприємництва та впливом потужних зовнішніх чинників, включаючи пандемію та воєнний стан. На мою думку, в цих умовах критично важливим є формування такого механізму функціонування галузі та системи регуляторного впливу, який би дозволив зберегти позитивні здобутки медичної реформи, одночасно забезпечуючи стійкість системи охорони здоров'я перед сучасними викликами.

Варто додати, що успішна трансформація вітчизняної моделі медичного ринку потребує також впровадження інноваційних цифрових технологій, розвитку телемедицини та вдосконалення системи медичного страхування. Це дозволить підвищити доступність якісних медичних послуг для населення та оптимізувати використання наявних ресурсів галузі.

Комплексний аналіз емпіричних факторів, що визначають динаміку внутрішнього та зовнішнього середовища формування національного ринку охорони здоров'я в Україні, виявляє низку суттєвих перешкод у процесі його еволюції за принципом "знизу-догори". Ключовими викликами залишаються: недосконалість конкурентного середовища, незавершеність системних реформ, недостатній розвиток медичного страхування та вплив перманентних кризових явищ в економіці країни.

У відповідь на ці виклики було сформовано концептуальні засади гібридної моделі ринку охорони здоров'я, що інтегрує елементи державного регулювання та ринкових механізмів. Це заклало фундамент для розробки методологічних та організаційних принципів стратегічного планування подальшого розвитку галузі. В умовах сучасних викликів, спричинених пандемією та воєнним станом, особливої актуальності набуває синергетичне

поєднання тактичних і стратегічних підходів до впровадження системи медичного страхування.

Пріоритетного значення набуває стимулювання розвитку ринку медичних інновацій та передових технологій, розширення системи державного і приватного медичного страхування, а також вдосконалення механізмів підготовки висококваліфікованих медичних кадрів.

На мою думку, трансформаційна модель ринку охорони здоров'я досягне необхідного рівня конкурентоспроможності за умови розробки та впровадження комплексної системи інституційного регулювання. Така система має охоплювати:

- модернізовану нормативно-правову базу
- чітко визначені стратегічні орієнтири
- цільові програми розвитку галузі
- адміністративно-організаційні механізми
- інструменти економічного, фінансово-бюджетного та тарифного регулювання

Особливу увагу варто приділити координації регуляторних впливів між різними інституціями: органами державної влади, установами страхової та державної медицини, суб'єктами приватного медичного підприємництва, міжнародними організаціями та громадськими інституціями. Додатково вважаю, що важливим елементом успішної трансформації має стати впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності реалізації запланованих заходів, що дозволить своєчасно виявляти та усувати можливі недоліки реформування галузі.

1.3 Специфіка та значення інформаційних взаємодій у медичних установах

Комунікаційні процеси виступають фундаментальною основою функціонування будь-якого суб'єкта в сучасному інформаційному суспільстві, і медичні заклади не є винятком. Хоча заклади охорони здоров'я (ЗОЗ)

застосовують традиційні комунікаційні методи та інструменти у взаємодії з більшістю стейкхолдерів, особливої специфіки набуває комунікація з ключовою аудиторією – потенційними та наявними пацієнтами, що зумовлено унікальними характеристиками медичної галузі.

Розвиток ефективних комунікаційних стратегій на всіх рівнях системи охорони здоров'я є критично важливим фактором підвищення рівня задоволеності та формування лояльності пацієнтів. Дослідники галузі підкреслюють, що якісна комунікативна взаємодія між медичним працівником та пацієнтом становить основу терапевтичних відносин і є невід'ємним елементом мистецтва лікування та забезпечення високоякісної медичної допомоги [10, 11].

Стратегічна важливість комунікаційного компонента в охороні здоров'я знайшла відображення в "Європейському плані дій щодо зміцнення потенціалу та послуг суспільної охорони здоров'я", розробленому Європейським бюро ВООЗ. Цей документ окреслює ключові виклики в системах охорони здоров'я європейського регіону, особливо акцентуючи увагу на розвитку інфраструктури громадського здоров'я. Серед пріоритетних напрямків виділено інформаційно-роз'яснювальну діяльність, комунікацію та соціальну мобілізацію. Примітно, що комунікаційні стратегії в сфері громадського здоров'я спрямовані на підвищення рівня медичної грамотності та покращення показників здоров'я як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях [12].

В Україні важливість розвитку комунікацій у медичній сфері підтверджується низкою ґрунтовних розробок:

- Проект USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я" через платформу Академії НСЗУ представив комплексні посібники з управління медичним закладом та розвитку ефективних комунікацій, а також методичні рекомендації щодо побудови комунікаційних стратегій ЗОЗ

- Програма ООН із відновлення та розбудови миру запропонувала інноваційні підходи до формування комунікативної культури в медичних закладах з фокусом на пацієнт-центрованому підході
- Експертне середовище активно розробляє та впроваджує передові комунікаційні практики

Проблематика формування та використання комунікацій у медичній галузі знаходиться у фокусі досліджень широкого кола як вітчизняних, так і закордонних науковців. Значний внесок у розвиток цього напрямку зробила група дослідників на чолі зі Слабким Г., Шафранським В., Миронюком І. та Кручаницею В., які адаптували "Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг суспільної охорони здоров'я" до українських реалій, розробивши відповідні методичні рекомендації [13].

Інноваційний підхід запропонували Знаменська М., Слабкий Г. та Знаменська Т., представивши комплексну систему комунікацій в охороні здоров'я, спрямовану на формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я та підтримку медичної реформи [14].

Важливий компаративний аналіз здійснив Самофалов Д., дослідивши міжнародні та вітчизняні моделі комунікативної діяльності в контексті публічного адміністрування громадського здоров'я [15]. Устимчук О. зосередила увагу на дослідженні шляхів оптимізації комунікативної взаємодії в національній системі управління охороною здоров'я [16].

Регіональний аспект комунікаційних стратегій у сфері громадського здоров'я ґрунтовно дослідив Деміхов О., визначивши ключові напрями їх розробки та впровадження [17]. Полюлях Р. сфокусувався на особливостях комунікативної діяльності медичних закладів у контексті територіальних громад [18].

Втім, аналіз наукової літератури виявляє потребу в більш детальному дослідженні факторів, що впливають на формування комунікаційних процесів у медичній сфері.

Характер комунікативної взаємодії між закладом охорони здоров'я та пацієнтами суттєво визначається обраною моделлю надання медичної допомоги. В світовій практиці найбільшого поширення набули два фундаментальні підходи: патерналістичний та пацієнторієнтований. Історично першим сформувався патерналістичний підхід, в основу якого покладено принципи благодійності та незавдання шкоди, а також презумпцію того, що лікар краще розуміє потреби пацієнта.

Ефективність патерналістичної моделі стала предметом численних досліджень, переважно зарубіжних науковців, серед яких: Джордж А. С., Шахул А., Джордж А. Ш., Мухаммед Е., Дієллін Б., Фонтукі А., Санчес М. А., Теофанідіс Д., Кларк С. Р., Флейсьє А., Лі І. Я., Лін Ю. Л. та інші. Дослідники акцентують увагу на суттєвому недоліку цього підходу: він істотно обмежує право пацієнта бути активним учасником процесу лікування, ігноруючи його думки, побажання, наміри, можливості, релігійні та інші персональні преференції, що призводить до обмеження автономії пацієнта [19 - 24].

Можна стверджувати, що в рамках патерналістичного підходу комунікативна взаємодія між медичним персоналом та пацієнтом має здебільшого односторонній, інформативний характер. Показово, що в наукових працях, присвячених аналізу патерналістичної моделі, питання комунікації практично не розглядаються як значущий компонент терапевтичного процесу.

Пацієнторієнтований підхід ґрунтується на фундаментальному принципі поваги до автономії пацієнта, визнаючи за людиною право приймати обґрунтовані рішення щодо власного здоров'я, які медичний персонал зобов'язаний враховувати [25]. Концептуальні засади пацієнторієнтованості стали предметом численних наукових досліджень, спрямованих на визначення її ключових принципів [26], вимірів [27], характеристик [28] та елементів [29].

Бронікова С. пропонує комплексну систему принципів, що включає: повагу до індивідуальних цінностей пацієнта, емоційну підтримку, залучення близького оточення, забезпечення безперервності догляду, своєчасний доступ до

послуг, координацію медичної допомоги, ефективні комунікації та навчання, створення фізичного комфорту [26]. Аналогічний перелік представлений у роботах Гертейс М. та Еджман-Левітан С., де ці компоненти розглядаються як виміри догляду [27].

Розширений підхід запропонували Девіс К., Шенбаум С. та Одет А.-М., виділивши такі характеристики:

- оптимізація доступу до медичної допомоги (гнучкість запису, вибір часу прийому, мінімізація очікування)
- активне залучення пацієнтів до терапевтичного процесу
- впровадження сучасних інформаційних систем
- безперервне підвищення якості послуг
- координація та інтеграція догляду
- налагодження ефективного зворотного зв'язку
- забезпечення доступу до інформації про медичні практики [28]

Шаллер Д. акцентує увагу на чотирьох ключових елементах: комунікації, координації догляду, повазі до преференцій пацієнта та доступності допомоги [29].

Примітно, що дослідження Міжнародної компанії 4Service Holding виявило особливу значущість сервісної складової для українських пацієнтів. Поряд з професійною компетентністю лікаря, ключовими факторами вибору медичного закладу виступають комфорт (етичний, фізичний, психологічний, естетичний) та наявність онлайн-сервісів [30].

Аналіз особливостей пацієнторієнтованого підходу дозволяє стверджувати, що його фундаментальною основою є формування довготривалих комунікативних зв'язків між медичним закладом та пацієнтом. Епштейн Р., Фіссел К., Малий С. та Штанге К. наголошують, що пацієнторієнтована медична допомога базується на інтенсивній комунікативній взаємодії між пацієнтами та медичними працівниками, яка передбачає двосторонній обмін інформацією та

стимулює активну участь пацієнтів у процесі лікування відповідно до їхніх власних преференцій [31].

Розвиваючи цю думку, Дженеретт С. М., Майєр Д. К., Рів Б. Б., Тіссен Д. М., Банн С.М. та інші дослідники підкреслюють, що пацієнторієнтована комунікація є не просто елементом, а ключовим механізмом реалізації пацієнторієнтованого підходу в медичній практиці [31, 32]. Така комунікація створює підґрунтя для формування партнерських відносин між медичним закладом та пацієнтом, що є визначальним фактором ефективності терапевтичного процесу.

Теорія комунікації в медичній галузі приділяє особливу увагу дослідженню комунікативних процесів у медичних закладах та їх впливу на ефективність роботи цих установ. Дослідження демонструють позитивну кореляцію між якістю спілкування пацієнтів з медичним персоналом та їхнім загальним рівнем задоволеності наданими послугами [33-35, 37]. Дослідницька група на чолі з Аладваном М., до якої входять Саллех Х. та Ануар М. М., підкреслює, що якісна комунікація сприяє формуванню стійкої прихильності пацієнтів до медичного закладу [37]. Як зазначає Андерсен Є.Б., пацієнтоорієнтований підхід у наданні медичних послуг призводить до підвищення рівня задоволеності та покращення результатів лікування, не вимагаючи при цьому значних додаткових часових чи фінансових витрат від медичного закладу [38]. Наукова група у складі Клінкенберг В. Д., Бослоу С., Уотерман Б. М. та інших розробила концепцію "готовності рекомендувати", яка відображає ймовірність повторного звернення пацієнта до лікарні та безпосередньо залежить від якості взаємодії з медичним персоналом [39]. Колектив дослідників під керівництвом Пак Х.Н., включаючи Пак Ді-Джей та Хан С.І., наголошує на тому, що позитивний досвід пацієнтів є не лише показником якості медичного обслуговування та безпеки, але й суттєвим чинником фінансової стабільності системи охорони здоров'я в цілому [40].

Особливості комунікативної взаємодії в закладах охорони здоров'я при різних моделях надання медичної допомоги систематизовано в таблиці 1.2

На наше переконання, патерналістична модель характеризується тим, що комунікація між медичним закладом та пацієнтом зосереджена переважно на передачі базової інформації: розклад роботи медичного персоналу та діагностичних підрозділів, перелік необхідних обстежень та їх результати, рекомендації щодо застосування призначених медикаментів тощо. Взаємовідносини між медичним працівником та пацієнтом будуються за принципом комплементарності, де чітко простежується ієрархічність спілкування. Домінування виступає ключовим принципом такої комунікації. У процесі взаємодії лікаря з пацієнтом застосовуються переважно батьківська та інтерпретаційна моделі комунікації, за яких ключові рішення приймаються медичним фахівцем. Характерною особливістю є відсутність систематичного зворотного зв'язку. Комунікація здійснюється через обмежений набір каналів: телефонний зв'язок та безпосереднє спілкування. Комунікаційні інструменти здебільшого обмежуються рекламними заходами, спрямованими на інформування потенційних пацієнтів про спектр медичних послуг. Головна функція комунікації зводиться до інформаційного забезпечення пацієнтів.

Отже, в рамках патерналістичного підходу комунікація являє собою інформаційний обмін між пацієнтом та представниками закладу охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення отримання пацієнтом необхідної медичної допомоги.

У пацієнтоцентричній моделі надання медичних послуг ключове завдання комунікації між закладом охорони здоров'я та пацієнтом полягає в оптимізації терапевтичних результатів через формування позитивної атмосфери взаємодії. Це передбачає комплексне вивчення індивідуальних особливостей пацієнтів, включаючи їхні можливості, прагнення, релігійні переконання, а також розуміння їх унікального психосоціального та культурного контексту.

Таблиця 1.2 Порівняльна характеристика комунікації «ЗОЗ-пацієнт» при різних підходах до надання медичної допомоги

Характеристики	Патерналістичний підхід	Пацієнторієнтований підхід
Мета комунікації «ЗОЗ - пацієнт»	Надання необхідної інформації пацієнтам	Покращання результатів лікування за рахунок встановлення доброзичливих взаємовідносин між співробітниками ЗОЗ та пацієнтом
Завдання ЗОЗ	Інформування пацієнтів щодо розкладу роботи лікарів Інформування пацієнтів щодо результатів діагностики та необхідного лікування	Виявлення намірів, релігійних та ін. уподобань пацієнтів Розуміння пацієнта в його або її унікальному психосоціальному та культурному контексті Досягнення спільного розуміння проблем пацієнта та методів лікування, які відповідають цінностям пацієнта Побудова карти шляху пацієнта Створення фізичного, етичного, психологічного, естетичного комфорту
Тип відносин «лікар-пацієнт»	Комплементарні	Симетричні
Моделі спілкування «лікар-пацієнт»	Інтерпретаційна, батьківська	Дорадча, інформаційна
Принципи комунікацій «лікар-пацієнт»	Домінування	Зрозумілість, вчасність, релевантність, надійність, дієвість, доступність
Наявність зворотного зв'язку «ЗОЗ -пацієнт»	Відсутній	Відгуки у соціальних мережах, на сайтах медичних закладів, телефонні дзвінки лікарю, повідомлення на месенджери
Комунікаційні канали передачі повідомлень	Телефон, особистісна розмова	Телемедицина, телефон, соціальні мережі, особистісна розмова, інтернет видання
Засоби комунікації	Рекламні кампанії на телебаченні, у ЗМІ, E-health та ін.	Рекламні кампанії на телебаченні, у ЗМІ та ін. CRM – система, NPS-бот, E-health, CMM
Роль комунікації у діяльності ЗОЗ	Інформування пацієнтів	Один із предикторів прибутковості (у КНП - доходності) ЗОЗ
Визначення комунікації	Процес обміну інформацією між пацієнтом та представниками ЗОЗ, спрямований на отримання пацієнтом медичної допомоги	Процес встановлення взаємовідносин пацієнта та ЗОЗ, спрямований на покращання результатів його лікування та задоволеності

Складено автором на основі: [30, 41, 44.]

Важливим аспектом є досягнення консенсусу щодо проблем здоров'я та методів лікування, які узгоджуються з системою цінностей пацієнта, а також розробка індивідуальних маршрутів пацієнтів.

Особлива увага приділяється створенню комплексного комфортного середовища, що включає:

- фізичний аспект (оптимальний мікроклімат приміщень, якісне освітлення, бездоганна чистота, ергономічні меблі);
- етичний компонент (дотримання домовленостей, прозорість медичних процедур, повне інформування про особливості та можливі наслідки втручань);
- психологічну складову (мінімізація тривожності, створення доброзичливої атмосфери, забезпечення базових зручностей як-от напої, серветки, WiFi);
- естетичний фактор (заспокійливий дизайн інтер'єру, професійний зовнішній вигляд персоналу).

Взаємовідносини між медичним персоналом та пацієнтами будуються на принципах паритетності. Застосовуються інформаційна та консультативна моделі комунікації, засновані на взаємній довірі та вигоді. Комунікативний процес базується на принципах: зрозумілості викладення інформації, своєчасності надання рекомендацій, релевантності щодо ризиків, достовірності даних, ефективності повідомлень з урахуванням специфіки цільової аудиторії та доступності інформаційних каналів.

Двостороння комунікація розглядається як обов'язковий елемент взаємодії, що слугує джерелом вдосконалення як комунікативних практик, так і якості медичних послуг загалом. На основі зворотного зв'язку формується репутаційний менеджмент закладу. Комунікація здійснюється через різноманітні канали: соціальні мережі, веб-сайти медичних установ, телефонний зв'язок та месенджери.

У сучасній системі охорони здоров'я комунікаційні канали переважно базуються на інноваційних технологіях, включаючи телемедичні сервіси,

платформи соціальних мереж та інтернет-ресурси, хоча безпосереднє спілкування залишається важливим компонентом взаємодії. Комунікаційний інструментарій охоплює спеціалізовані системи: CRM для управління взаємовідносинами з пацієнтами, NPS-бот для моніторингу зворотного зв'язку, E-health для менеджменту медичної інформації та CMM для координації присутності в соціальних мережах.

Численні дослідження ефективності комунікації при пацієнтоцентричному підході демонструють, що високий рівень задоволеності пацієнтів корелює з їхньою готовністю повторно звертатися до медичного закладу та рекомендувати його іншим, що, в свою чергу, сприяє розширенню клієнтської бази та підвищенню економічної ефективності закладу. Відтак, комунікація в рамках пацієнтоцентричного підходу постає як процес формування взаємовідносин між пацієнтом та медичним закладом, спрямований на оптимізацію терапевтичних результатів та максимізацію задоволеності пацієнтів.

При патерналістичному підході етапи комунікації значною мірою відповідають класичним комунікаційним моделям, не враховуючи специфіку медичної галузі. Єдиним суттєвим доповненням виступає етап оцінки рівня розуміння інформації пацієнтом. У випадку виявлення нерозуміння, медичний працівник має ідентифікувати комунікаційні бар'єри, які можуть виникати на рівні змісту повідомлення, його кодування або каналу передачі. Процес виявлення та усунення цих бар'єрів може потребувати багаторазових ітерацій.

Аналіз графічного представлення демонструє, що комунікаційна модель при патерналістичному підході майже ідентична базовим комунікаційним схемам і не відображає специфіки медичної галузі. Вона доповнена лише компонентом верифікації сприйняття інформації пацієнтом. При виявленні нерозуміння медичний фахівець повинен проаналізувати потенційні комунікаційні перешкоди, які можуть виникати на рівні змісту повідомлення, його кодування або каналу трансляції. Процес ідентифікації джерела комунікаційного бар'єру може вимагати множинних повторень.

Натомість, комунікаційна схема в контексті пацієнтоцентричного підходу відображає його специфічні характеристики щодо організації медичної допомоги. Вона включає такі ключові етапи: дослідження преференцій пацієнта та його готовності дотримуватися медичних рекомендацій, окреслення комунікативних цілей, надання вичерпної інформації про стан здоров'я та можливі терапевтичні стратегії, спільне обговорення запропонованих варіантів з урахуванням індивідуальних побажань пацієнта, і лише потім – формування конкретних рекомендацій щодо обраної стратегії лікування. Така структурована комунікативна взаємодія мінімізує ймовірність виникнення комунікаційних бар'єрів, підвищує рівень задоволеності пацієнтів від взаємодії з медичним персоналом та, згідно з дослідженнями, позитивно впливає на результативність лікування.

2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «КОЛ КОР»

2.1. Загальна організаційно-економічна характеристика підприємства

Комунальне некомерційне підприємство «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» (надалі КНП «КОЛ КОР») засноване 19 травня 2017 року відповідно до рішення Кіровоградської обласної ради від 19 травня 2017 року 19.

Юридична адреса: 25030, Україна, Кіровоградська обл., м. Кропивницький, проспект Університетський, буд.2/5.

Підприємство є юридичною особою, має майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків, фірмовий знак, інші реквізити юридичної особи.

Комунальне некомерційне підприємство «КОЛ КОР» - це багатопрофільний лікарняний заклад.

Основна мета створення та діяльності КНП «КОЛ КОР» - надання високоспеціалізованої стаціонарної і амбулаторно-консультативної медичної допомоги населенню області для здійснення єдиної державної і регіональної політики в галузі охорони здоров'я.

Кіровоградська обласна рада є засновником КНП «КОЛ КОР».

Майно підприємства є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

Джерелами формування майна та фінансування КНП «КОЛ КОР» є: комунальне майно, бюджетні кошти (державного та місцевого бюджетів), власні надходження, кредити банків, благодійні внески та інші джерела, не заборонені законодавством.

Підприємство також має право самостійно надавати медичні послуги на комерційній основі за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

Статутний капітал становить 167966196,15 грн.

Управління КНП «КОЛ КОР» здійснює Головний лікар.

Головний лікар призначається на посаду обласною радою на конкурсній основі.

Структура управління медичним закладом наведена у Додатку 1.

В даний час лікарня має 785 ліжок для стаціонару, 54 місця для діагностичних відділень, є нейрохірургічне, судинне, торакальне, стоматологічне хірургічне, опікове, проктологічне, ревматологічне, алергологічне і гематологічне відділення. Щорічно медзаклад повертає здоров'я 27-28 тисячам хворих.

На даний час КНП «КОЛ КОР» включає 11 терапевтичних, 17 хірургічних та 17 параклінічних відділень.

Обласна лікарня має кілька сучасних діагностичних відділень, серед яких: лабораторія полімеразної ланцюгової реакції, лабораторія радіонуклідної діагностики, імунологічна лабораторія, відділення інтенсивної терапії екстракорпоральних методів детоксикації, гіпербаричної оксигенації, є єдиними в області.

Чисельність працівників КНП «КОЛ КОР» у 2022 році становила 1473 особи, з них лікарів – 305 осіб, середній медичний персонал – 552 особи, молодший медичний персонал – 345 осіб, інші спеціалісти не медики – 271 особи.

На базі обласної лікарні функціонує медико-консультативний центр Кіровоградської області, де проходить підготовка і перепідготовка лікарів-інтернів, сестер медичних, студентів медичного коледжу.

Обласна лікарня також надає методичну та планово-консультативну допомогу лікувально-профілактичним закладам Кіровоградської області.

Основні результати господарської діяльності КНП «КОЛ КОР» за 2021 - 2023 рр. результати аналізу наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. - Динаміка показників господарської діяльності КНП
«КОЛ КОР»

Показники	Роки			Відхилення за період	
	2021	2022	2023	+/-	%
1.Чистий дохід від реалізації продукції, тис. грн.	284742	334704	403900	+119158	+41,9
2. Інші доходи, тис. грн.	39946	44995	52971	+13025	+3,6
3. Витрати на реалізацію, тис. грн.	367231	405095	493134	+125903	34,3
4.Середньооблікова чисельність штатних працівників, осіб.	1348	1473	1439	+91	6,8
5.Рентабельність (збитковість) підприємства,%	-1,9	1,7	4,6	+6,5	+342,1
6.Продуктивність праці, тис. грн. /осіб.	211,23	227,23	280,68	+69,45	32,9
7.Прибуток/збиток	-903	9830	22592	+23495	+2602

У 2023 році підприємство отримало прибуток у розмірі 22592 тис.грн. Таким чином прибуток збільшився на 23495 тис. грн. або майже в 26 раз. Це пов'язане, насамперед з розширенням надання послуг та збільшенням навантаження на лікарню у зв'язку з закриттям районних лікарень, та підвищення цін на медичні послуги.

Чистий дохід від реалізації платних послуг за період, що аналізується, збільшився на 119158 тис. грн. або на 41,9%.

Середньооблікова чисельність штатних працівників в 2023 році збільшилась на 91 особу (6,8%). Відповідно зросла продуктивність праці в 2023 році на 32,9% . Це є позитивним фактором.

Позитивним фактором слід вважати збільшення прибутку (+2602%) при зростанні витрат підприємства (+34,3%) та чистого доходу на 41,9%.

Разом з тим, одним з факторів збільшення доходів від надання послуг є розширення переліку надання послуг, залучення додаткових джерел доходів (надання оренди, інтернатура, підвищення кваліфікації кадрів тощо), а також збільшення вартості наданих послуг.

В сучасних умовах медзакладам, які давно працюють на ринку, важко вести діяльність через жорстку конкуренцію. Це пов'язано з постійними змінами цін і асортименту послуг, надлишком схожих пропозицій, агресивною рекламою, зростаючими вимогами клієнтів до якості та нововведеннями, що охоплюють все більші сегменти. Для послідовного розвитку організації дуже важливо вміти прогнозувати можливі перешкоди та нові можливості у зовнішньому середовищі.

Медустановам необхідно обирати пріоритетні стратегії діяльності та розробляти тактичні кроки, щоб краще адаптуватися до ринкових змін. Для комплексного аналізу внутрішніх і зовнішніх факторів впливу на розвиток організації варто застосовувати SWOT-аналіз [13, 14]. Він допоможе визначити сильні та слабкі сторони, можливості та загрози, щоб приймати обґрунтовані управлінські рішення.

2.2. SWOT-аналіз функціонування КНП «КОЛ КОР»

Ринок медпослуг перенасичений пропозиціями від державних та приватних закладів. Тому традиційні методи аналізу ефективності недостатні, щоб об'єктивно оцінити якість. Для підвищення ефективності потрібні підходи, які дадуть оцінку як внутрішнім процесам, так і впливу зовнішнього середовища.

Таким універсальним методом для медустанов є SWOT-аналіз. Він полягає у систематизації інформації про сильні та слабкі сторони, можливості й обмеження об'єкта дослідження. SWOT-аналіз застосовується для управлінських досліджень та обґрунтування стратегій.

Об'єктами SWOT-аналізу є взаємопов'язані фактори внутрішнього та зовнішнього середовища. Зовнішнє середовище формує довгострокову прибутковість, але організація має на нього невеликий вплив. Внутрішнє середовище також впливає на довгострокову прибутковість і контролюється організацією.

Методологія SWOT передбачає спочатку виявлення сильних і слабких сторін, можливостей та загроз, а потім встановлення зв'язків між ними. Це допомагає сформулювати стратегію організації.

Сильні сторони - позитивні характеристики, що створюють сприятливі умови для успіху. Серед них - кваліфікація, досвід, технології, патенти тощо.

Слабкі сторони - риси, які можуть ускладнити діяльність та підвищити ризики. Це низька кваліфікація, відсутність ресурсів, недоліки технічного оснащення тощо.

Можливості - специфічні характеристики, що забезпечують гарантований успіх компанії.

Загрози - чинники, які за певних умов можуть унеможливити діяльність. Наприклад, вихід потужного конкурента, орієнтація на тимчасовий попит тощо.

До сильних сторін медзакладу належать висока кваліфікація персоналу, наявність необхідного діагностичного обладнання, потенціал для розширення послуг тощо.

Слабкі сторони можуть включати відтік кадрів, вузький перелік послуг, тенденцію до зменшення клієнтів, недостатнє забезпечення устаткуванням.

Можливості: низька конкуренція, сприятливі держпрограми в галузі, зовнішнє інвестування.

Матриця SWOT-аналізу КНП «КОЛ КОР» наведена у табл.2.2.

Таблиця. 2.2 - Матриця SWOT- аналізу факторів діяльності КНМ «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

	Зовнішні фактори	
	Сприятливі можливості	Загрози та ризики
	1. Державна підтримка охорони здоров'я. 2. Збільшення попиту на медичні послуги. 3. Можливість обслуговування додаткових груп споживачів послуг. 4. Поява нових медичних технологій. 5. Створення ринку страхової медицини.	1. Нестабільна економічна ситуація в державі 2. Ведення бойових дій 3. Погіршення епідеміологічної ситуації в країні 4. Скорочення бюджетного фінансування медичних закладів 5. Висока активність конкурентів, розвиток комерційних медичних закладів. 6. Підвищення вимог споживачів медичних послуг до якості обслуговування. 7. Посилення вимог постачальників. 8. Підвищення цін на ресурси.
Внутрішні фактори		
Сильні сторони	Поле: «Сила та можливості» (СМ)	Поле «Сила та загрози» (СЗ)
1. Відомість та стабільна ділова репутація закладу. 2. Використання сучасних медичних технологій. 3. Висока компетентність та кваліфікація персоналу. 4. Висока зацікавленість співробітників у розвитку медичного закладу. 5. Ефективна цінова політика.	Стратегія: використання сильних сторін підприємства для максимізації можливостей зовнішнього середовища; використання можливостей для максимізації корисності сильних сторін підприємства. <u>Шляхи реалізації стратегії:</u> - Розширення асортименту наданих медичних послуг. - Збільшення обсягів наданих медичних послуг - Запровадження надання послуг страхової медицини.	Стратегія: використання переваг медичного закладу для подолання загроз та ризиків зовнішнього середовища. <u>Шляхи реалізації стратегії:</u> - Придбання сучасного обладнання та використання сучасних технологій. - Забезпечення високої компетентності та кваліфікації персоналу. - Надання медичних послуг за більш привабливими цінами. Ефективна цінова політика підприємства.
Слабкі сторони	Поле «Слабкі сторони та можливості» (СЛМ)	Поле «Слабкі сторони та загрози»(СЛЗ)
1. Слабка стратегія управління. 2. Слабка маркетингова політика. 3. Висока собівартість послуг. 4. Нестача самофінансуванням. 5. Зношення медичного обладнання. 6. Відтік кваліфікованих кадрів 7. Зношеність матеріальної бази та її обмеженість.	Стратегія: використання можливостей для невілювання слабких сторін внутрішнього середовища . <u>Шляхи реалізації стратегії:</u> - Залучення додаткових фінансових ресурсів шляхом збільшення обсягів платних медичних послуг. - Використання можливостей залучення додаткових державних фінансів для придбання новітнього медичного обладнання. - Участь у грантових програмах у сфері медицини.	Стратегія: попередження найбільших загроз та укріплення слабких позицій внутрішнього середовища закладу. <u>Шляхи реалізації стратегії:</u> - Підвищення ефективності управління закладом шляхом впровадження ІТ-технологій. - Розробка стратегії залучення молодих перспективних медичних працівників, підвищення кваліфікації медичних працівників. - Підвищення ефективності управління витратами медичного закладу.

Загрози: незбалансованість реформ, недостатнє держфінансування, інфляція тощо.

SWOT-аналіз для медустанов враховує інформацію про нові технології, зміни в організації, рівень підготовки кадрів. Важливо оцінити конкурентне середовище, матеріально-технічну базу та професіоналізм персоналу конкурентів. Це допоможе обрати оптимальну стратегію розвитку закладу.

На даний час найбільш ваговою сильною стороною підприємства повинно бути повноцінне та стабільне фінансове забезпечення.

У теперішній час усі медичні організації отримують відповідні засоби для здійснення власної діяльності, котрі виділяються із декількох джерел, як державних, так і комерційних. В умовах кризи та воєнного стану державне фінансування медичних закладів вкрай важке.

Отже, одним із джерел фінансування можуть виступати страхові компанії, що дозволяє медичним закладам надавати послуги відповідно до страхових полісів. Це, у свою чергу, приваблює нових клієнтів та виступає як ефективний спосіб розвитку їхньої основної комерційної діяльності

Ключовими аргументами при виборі конкретного медичного закладу є високий рівень кадрового забезпечення, фахова підготовка спеціалістів і наявність обладнання, що відповідає сучасним науково-технологічним стандартам. Споживачі медичних послуг вимагають високоякісного обслуговування, що виступає гарантом їхнього здоров'я і, в деяких випадках, життя.

Додатковим важливим фактором при виборі пацієнтами відповідного закладу є доступність медичних послуг, включаючи не тільки цінову доступність, але й можливість отримання лікування чи послуг вчасно.

Щодо слабких сторін, серед них виділяються: старіння матеріально-технічної бази підприємства, нестача фінансування, ускладнений доступ до бажаних спеціалістів, довгі черги, високі ціни на медичні послуги та обмеженість стаціонарних місць.

Відсутність чітко визначеної стратегії розвитку медичного закладу може

спричинити подальші невдачі при управлінських вирішеннях і діях, які, у свою чергу, можуть призвести до серйозних наслідків у подальшій діяльності підприємства. Наприклад, нераціональне використання фінансових ресурсів і матеріальних потужностей, або низький рівень конкурентоспроможності закладу можуть виникнути внаслідок відсутності чіткої стратегії. Без конкретної стратегії розвитку важко забезпечити діяльність закладу без перспективного росту. Відсутність такої стратегії переважно пов'язана з недостатніми знаннями і навичками управлінського персоналу у розробці стратегічного потенціалу підприємства.

Стратегія повинна визначати основи політики та визначати процеси прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи аспекти бюджетування для цілей охорони здоров'я. Це, в свою чергу, створить фундамент для оцінювання та перегляду існуючого регулювання та для розвитку нових, складних ініціатив і конкретних заходів.

Важливо також підкреслити, що можливості, які відкриваються перед медичним закладом, можуть позитивно позначитися на його репутації на ринку і стимулювати додаткові інвестиції зовнішніх джерел. Укладення вигідних контрактів на закупівлю обладнання, медикаментів та медичного інвентаря — це лише одна з можливостей, яка відкривається перед медичним закладом.

Виконання цього аналізу сприятиме вибору належної стратегії розвитку медичного закладу та послужить основою для ухвалення ефективних управлінських рішень. Це, в свою чергу, призведе до підвищення продуктивності надання медичних послуг та удосконалення загальної діяльності організації.

2.3. Аналіз показників фінансового стану КНП «КОЛ КОР»

У сучасних умовах, коли медичні заклади користуються певною ринковою незалежністю, особливо важливим є аналіз ефективності їх функціонування, який проводиться на кількох етапах:

1. Проведення класичного аналізу фінансового стану підприємства.

2. Використання клініко-економічного аналізу, що представляє собою метод порівняльної оцінки якості різних методів профілактики, діагностики та лікування на основі комплексного обліку результатів медичних втручань та витрат на їх виконання.
3. Застосування функціонально-вартісного аналізу організації.

У дані роботі здійснимо перший етап аналізу – аналіз фінансового стану КНП «КОЛ КОР».

Значущим аспектом узагальненого аналізу фінансового стану підприємства є оцінка його майнового положення через аналіз фінансового звіту про стан. Майновий стан представляє собою важливу характеристику фінансового стану організації, яка дозволяє оцінити склад, розміщення, структуру та динаміку активів (майна) та пасивів (власного капіталу та зобов'язань).

Кожне підприємство для здійснення своєї господарської діяльності використовує відповідне майно, що перебуває у його власності. Загальну суму цього майна називають активами підприємства.

Приріст або зменшення активів свідчить про розширення або скорочення обсягів діяльності підприємства. Організація зацікавлена у проведенні господарської діяльності з мінімальними запасами активів.

Дані аналізу майна підприємства наведені у табл.2.3 та 2.4.

Як видно з таблиці, спостерігається збільшення вартості активів підприємства (на 60,75%). Також є збільшення оборотних активів (на 92,1%). В складі оборотних активів збільшилися матеріальні активи на 1,64%, та зменшилися грошові кошти на 5,85%. Це свідчить про розширення діяльності підприємства.

Позитивним слід вважати також зменшення дебіторської заборгованості майже на 69,75%.

Аналіз джерел формування майна підприємства наведено у табл.2.4

Таблиця 2.3. - Загальна оцінка стану активів КНП «КОЛ КОР»

Показники	Роки			Відхилення	
	2021	2022	2023	+/-	%
Усього майна, тис. грн., у т.ч.	331562	420472	476485	+201407	+60,75
1.Основні засоби та інші необоротні активи, тис. грн.	275078	320985	367986	+92908	+33,78
у % до майна	83,0	76,3	77,2	-5,8	-6,99
2.Оборотні активи, тис. грн.	56484	99487	108499	+52015	+92,1
у % до майна, з них:	17,0	23,7	22,8	+5,8	+34,12
2.1.Матеріальні оборотні активи, тис. грн.	51819	87215	101079	+49260	+95,1
у % до оборотних коштів	91,7	87,7	93,2	+1,5	+1,64
2.2.Дебіторська заборгованість, тис.грн,	671	243	203	-468	-69,75
у % до оборотних коштів	1,2	0,2	0,2	-1	-83,34
2.2.Грошові кошти та їх еквіваленти і поточні фінансові інвестиції, тис. грн.	3988	12029	7213	+3225	+80,87
у % до оборотних коштів	7,01	12,1	6,6	-0,41	-5,85

Аналіз джерел фінансування свідчить про те, що відбувається зростання залежності підприємства від зовнішніх кредиторів. Власний капітал в структурі зменшується. Збільшилися суми за рахунок цільового фінансування на 82,6%.

Слід відзначити як негативний фактор збільшення короткострокової кредиторської заборгованості на 105,2%.

На даному етапі доречним є здійснення аналізу фінансової стійкості підприємства.

Фінансова стійкість - це здатність компанії функціонувати та розвиватися, зберігаючи баланс активів і пасивів у мінливих умовах. Вона гарантує

платоспроможність та інвестпривабливість у довгостроковій перспективі в межах прийнятного рівня ризику.

Таблиця 2.4. – Аналіз динаміки джерел формування активів КНП «КОЛ КОР»

Показники	Роки			Відхилення	
	2021	2022	2023	+/-	%
Усього джерел формування, тис. грн., у т.ч.	331562	420472	476485	+144923	+43,7
1.Власний капітал, тис. грн.	269886	309908	359448	+89562	+33,2
у % до пасивів	81	74	75,4	-5,6	-6,9
2.Довгострокові зобов'язання, тис. грн.	42085	80679	76847	+34762	+82,6
у % до пасивів	12,7	19,2	16,1	+3,4	+26,8
3.Поточні зобов'язання, тис. грн.	19591	29885	40190	+20599	+105,2
у % до пасивів, з них:	5,9	7,1	8,4	+2,5	+42,4
3.1.Поточна кредиторська заборгованість, тис. грн.	533	-	7694	+7161	+1343,5
у % до пасивів	0,2	-	1,6	+1,4	+700
3.2.Інша поточна кредиторська заборгованість, тис. грн.	31	83	83	+52	+167,7
у % до пасивів	0,01	0,02	0,02	+0,01	+100
3.3.Доходи майбутніх періодів, тис.грн	19027	29802	32413	+13386	+70,4
у % до пасивів	5,7	7,1	6,8	+1,1	+19,3

Коефіцієнт незалежності (автономії) - це відзеркалення співвідношення власних коштів до загальної вартості. Підвищення цього показника свідчить про укріплення фінансової стійкості. Оптимальне значення його дорівнює 0,5, що

вказує на те, що понад половина усіх коштів підприємства повинна бути власного походження. Розраховується :

$$K_n = \frac{D_{\text{вк}}}{B_{\text{б}}}, \quad (2.1)$$

де $D_{\text{вк}}$ – джерела власних коштів;

$B_{\text{б}}$ – валюта балансу.

$$K_{n.2023} = \frac{359448}{476485} = 0,75$$

$$K_{n.2021} = \frac{269886}{331562} = 0,81$$

$$K_{n.2022} = \frac{309908}{420472} = 0,74$$

Розрахований коефіцієнт незалежності свідчать, що протягом 2021-2023рр. спостерігається зменшення фінансової стійкості КНП «КОЛ КОР». Позитивним є те, що за даний період коефіцієнт фінансової стійкості перевищує оптимальне значення. Тобто більше половини своє діяльності заклад фінансує за рахунок власних коштів.

Коефіцієнт маневрування має бути не нижче 0,5. Він розраховується за формулою:

$$K_m = \frac{B_{\text{ок}}}{D_{\text{вк}}}, \quad (2.2)$$

де $B_{\text{ок}}$ – власні оборотні кошти.

$$K_{m.2023} = \frac{108499 - 40190}{476485} = 0,14$$

$$K_{m.2021} = \frac{56484 - 19591}{269886} = 0,14$$

$$K_{m.2022} = \frac{99487 - 29885}{309908} = 0,22$$

За даний період коефіцієнт маневрування не змінився. Але КНП «КОЛ КОР» не може вільно маневрувати коштами, оскільки коефіцієнти маневрування

є нижчим від нормативного - 0,5.

Коефіцієнт заборгованості – оптимальне значення цього показника 0,3-0,5.

Критичним значенням цього коефіцієнта вважається одиниця. Обчислюється:

$$K_{зб} = \frac{З_к}{Д_{вк}}, \quad (2.3)$$

де $З_к$ – залучені кошти.

$$K_{зб.2023} = \frac{40190}{476485} = 0,084$$

$$K_{зб.2021} = \frac{19591}{269886} = 0,073$$

$$K_{зб.2022} = \frac{29885}{309908} = 0,096$$

КНП «КОЛ КОР» є фінансово незалежним від позикових коштів оскільки даний коефіцієнт є значно меншим за критичне значення. Хоча тенденція до його збільшення є негативною.

Коефіцієнт фінансової стабільності показує співвідношення власних і залучених коштів підприємства. Оптимальне значення даного показника $>1,0$. Але навіть отримання високого коефіцієнта фінансової стабільності не завжди означає цілковите благополуччя і потребує подальшого аналізу інших показників фінансової стійкості підприємства. Визначається:

$$K_{фст} = \frac{Д_{вк}}{З_к}, \quad (2.4)$$

Підставивши дані Балансу в цю формулу одержимо:

$$K_{фст.2023} = \frac{359448}{40190} = 8,94$$

$$K_{фст.2021} = \frac{269886}{19591} = 13,8$$

$$K_{фст.2022} = \frac{309908}{29885} = 10,4$$

Оскільки значення коефіцієнту за роками значно перевищує критичну межу, можна зробити висновок, що підприємство є фінансово стабільним. Але слід відмітити зменшення у динаміці коефіцієнту фінансової стабільності. Підприємству слід проаналізувати причини, що призвели до зменшення даного показника.

Коефіцієнт реальної вартості основних фондів - межа даного показника 0,5. Зростання коефіцієнта означає підвищення потенціалу підприємства. Розраховується:

$$K_{im} = \frac{O_{зуб}}{B_{\phi}}, \quad (2.5)$$

де $O_{зуб}$ – основні засоби за залишковою вартістю.

$$K_{im.2023} = \frac{366651}{476485} = 0,77$$

$$K_{im.2021} = \frac{273114}{331562} = 0,82$$

$$K_{im.2022} = \frac{312326}{420472} = 0,74$$

Протягом 2021-2023 років потенціал підприємства був на належному рівні – тобто вищий за критичну межу, що свідчить про достатній потенціал підприємства і належну фінансову стійкість. За рахунок збільшення залишкової вартості основних засобів підприємства, даний показник у динаміці зменшується, що свідчить про поступове старіння основних засобів підприємства.

Коефіцієнт співвідношення чистих мобільних коштів обчислюється:

$$K_{mk} = \frac{ПА - K_{mз}}{ПА}, \quad (2.6)$$

де $ПА$ – поточні активи;

$K_{mз}$ – короткотермінові зобов'язання.

$$K_{\text{мк.2023}} = \frac{108499 - 40190}{108499} = 0,63$$

$$K_{\text{мк.2021}} = \frac{56484 - 19591}{56484} = 0,65$$

$$K_{\text{мк.2022}} = \frac{99487 - 29885}{99487} = 0,70$$

Протягом періоду з 2021 по 2023 роки відбулося невелике зменшення коефіцієнта співвідношення чистих мобільних коштів до загальної суми мобільних коштів компанії, що свідчить про зниження фінансової стійкості підприємства. Стабільність фінансового положення в значній мірі залежить від ефективності та обґрунтованості використання фінансових ресурсів у справах підприємства.

Цей показник використовується для характеристики стану основних засобів.

$$K_{\text{оз}} = \frac{З_{\text{оз}}}{П_{\text{боз}}}, \quad (2.7)$$

де $З_{\text{оз}}$ – знос ОЗ;

$П_{\text{боз}}$ – первісна вартість основних засобів.

$$K_{\text{оз.2023}} = \frac{188746}{555397} = 0,34$$

$$K_{\text{оз.2021}} = \frac{141132}{414246} = 0,34$$

$$K_{\text{оз.2022}} = \frac{163904}{476230} = 0,34$$

Даний показник за період 2021-2023 рр. не змінився. При цьому слід врахувати специфіку діяльності підприємства і відзначити, що основні фонди на даному підприємстві піддаються значному фізичному зносу. Але разом з тим, заклад приділяє увагу їх належному утриманню та оновленню.

Коефіцієнт придатності – є доповненням до 100% (або одиниці) до коефіцієнту зносу. Визначається за:

$$K_{noz} = 1 - \frac{Z_{oz}}{P_{noz}}, \quad (2.8)$$

де Z_{oz} – знос ОЗ;

P_{noz} – первісна вартість ОЗ

$$K_{noz.2023} = 1 - 0,34 = 0,66$$

$$K_{noz.2021} = 1 - 0,34 = 0,66$$

$$K_{noz.2022} = 1 - 0,34 = 0,66$$

Коефіцієнт придатності ОЗ не змінився, що свідчить про оновлення ОЗ.

Однією з ключових особливостей фінансового стану компанії є її готовність до розрахунків і спроможність виконати фінансові зобов'язання. Готовність до розрахунків визначається наявністю грошових ресурсів у найближчому майбутньому після здійснення платежів протягом певного періоду, тоді як спроможність виконати фінансові зобов'язання пов'язана з забезпеченістю грошовими ресурсами на більш тривалий період для своєчасного виконання зобов'язань.

Для аналізу ліквідності розраховують коефіцієнти поточної, швидкої та абсолютної ліквідності.

Коефіцієнт поточної ліквідності. Оптимальне значення даного коефіцієнта 1,5-2, а помірне зростання в динаміці розглядається як сприятлива тенденція. Він визначається за формулою:

$$K_{nl} = \frac{O_a + B_{md}}{K_{mz} + D_{mn}}, \quad (2.9)$$

де O_a – оборотні активи;

B_{mn} – витрати майбутніх періодів;

D_{mn} – доходи майбутніх періодів;

K_{mz} – короткотермінові зобов'язання.

$$K_{nl.2023} = \frac{108499}{40190} = 2,70$$

$$K_{пл.2021} = \frac{56848}{19591} = 2,88$$

$$K_{пл.2022} = \frac{99487}{29885} = 3,33$$

Величина розрахованих коефіцієнтів відповідає оптимальним значенням, що характеризує підприємство як ліквідне. Разом з тим, зменшення коефіцієнта поточної ліквідності з 2,88 до 2,7 свідчить про негативну динаміку даного показника.

Коефіцієнт швидкої ліквідності підприємств носить допоміжний характер. При його розрахунку виключається найменш ліквідна частина поточних активів – товарні запаси. Оптимальне значення показника коливається в межах 0,5-1. Розраховується:

$$K_{шл} = \frac{O_a - 3 + B_{мд}}{K_{мз} + Д_{мл}}, \quad (2.10)$$

де 3 – запаси.

$$K_{шл.2023} = \frac{108499 - 101079}{40190} = 0,18$$

$$K_{шл.2021} = \frac{56484 - 51819}{19591} = 0,24$$

$$K_{шл.2022} = \frac{99487 - 87215}{29885} = 0,41$$

Значення коефіцієнтів швидкої ліквідності на кінець періоду, що аналізується, є меншим за оптимальне, що свідчить про значну питому вагу неліквідних активів.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності вказує на негайну здатність підприємства виконати фінансові зобов'язання. Цей показник визначає, яку частину короткострокових зобов'язань компанія може покрити за рахунок наявних готівкових коштів. Розмір цього коефіцієнту не повинен бути нижче 0,2 - 0,25. Це означає, що кожного дня підлягає погашенню 20-25% короткотермінових зобов'язань підприємства.

$$K_{абсл} = \frac{\Gamma_{\kappa}}{K_{mз} + D_{mn}}, \quad (2.11)$$

де Γ_{κ} - грошові кошти та їх еквіваленти

$$K_{абсл.2023} = \frac{7213}{40190} = 0,18$$

$$K_{абсл.2021} = \frac{3988}{19591} = 0,2$$

$$K_{абсл.2022} = \frac{12029}{29885} = 0,4$$

Результати аналізу свідчать про зменшення абсолютної ліквідності підприємства за період 2021-2023 рр. У 2021 році підприємство було абсолютно ліквідне (коефіцієнт абсолютної ліквідності становив 0,2), у 2023 році воно здатне погасити тільки 18% термінових зобов'язань.

З метою уникнення кризових явищ у господарській сфері та для забезпечення стійкого економічного росту слід підвищувати активність підприємства, що мінімізує ризики в умовах нестабільного ринкового середовища. Активність включає різні аспекти підприємницької діяльності та виявляється у динаміці розвитку, швидкості обороту засобів, а також в успішності на ринках продукції, праці та капіталу. Критеріями активності є рівень ефективності, стійкість економічного зростання та розширення ринків збуту. Оцінювання внутрішньої активності здійснюється у кількісних та якісних аспектах. Кількісні параметри включають динаміку балансу, власного капіталу, основних засобів, запасів та інших ключових показників. Ефективність використання ресурсів вимірюється фондовіддачею, матеріаломісткістю, продуктивністю праці, середньою заробітною платою, рентабельністю та іншими факторами. Позитивна динаміка цих показників сприяє зміцненню фінансового стану підприємства.

Крім цього, фінансовий аспект ділової активності підприємства проявляється, перш за все, у швидкості обертання його активів та пасивів.

Економічне значення оборотності полягає у визначенні розміру необхідних підприємству ресурсів для проведення процесів виробництва та реалізації продукції (товарів, робіт, послуг). Проаналізуємо динаміку основних показників ділової активності підприємства.

Коефіцієнт фондівдачі розраховується:

$$K_{\phi} = \frac{OP}{CB_{oz}}, \quad (2.12)$$

де OP – обсяг реалізації.

CB_{oz} – середньорічна вартість основних фондів.

$$K_{\phi.2023} = \frac{403990}{555397} = 0,73$$

$$K_{\phi.2021} = \frac{284742}{414246} = 0,69$$

$$K_{\phi.2022} = \frac{334704}{476230} = 0,70$$

Збільшення цього показника в динаміці з 0,69 до 0,73 є позитивним фактором.

Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості розраховується:

$$K_{окз} = \frac{OP}{СК}, \quad (2.13)$$

де OP – обсяг реалізованої продукції, наданих послуг

$СК$ – середня кредиторська заборгованість

$$K_{окз.2023} = \frac{403990}{40190} = 10,05$$

$$K_{окз.2021} = \frac{284742}{19591} = 14,53$$

$$K_{окз.2022} = \frac{334704}{29885} = 11,20$$

Зменшення коефіцієнту оборотності свідчить про збільшення періоду погашення кредиторської заборгованості.

Результати розрахунку деяких показників ділової активності підприємства наведені у табл.2.5.

Таблиця 2.5 - Показники ділової активності КНП «КОЛ КОР»

Показник	2021	2022	2023	Відхилення за період	
				+/-	%
Коефіцієнт оборотності активів (коефіцієнт трансформації капіталу, ресурсівддача)	0,86	0,8	0,85	-0,01	-1,2
Коефіцієнт оборотності дебіторської заборгованості	424,4	1377,4	1933	+1508,6	+355,5
Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості	14,53	11,2	10,05	-4,48	-30,8
Коефіцієнт оборотності матеріальних запасів	5,5	3,8	4,0	-1,5	-27,3
Коефіцієнт оборотності основних засобів (фондовіддача)	0,69	0,7	0,73	+0,04	+5,8
Коефіцієнт оборотності оборотних засобів	5,0	3,4	3,7	-1,3	-26,0
Коефіцієнт оборотності власного капіталу	1,05	1,08	1,12	+0,07	+6,7
Строк погашення дебіторської заборгованості	0,84	0,26	0,19	-0,65	-77,4
Тривалість обороту, днів	72,0	105,9	98,6	+26,6	+37
Тривалість операційного циклу, днів	72,84	106,16	91,4	+18,56	+25,5
Тривалість фінансового циклу	97,62	138,3	56,6	-41,02	-42,0

За даними аналізу у динаміці спостерігається нестабільна динаміка практично по всім показникам. Тобто ділова активність підприємства дещо покращується.

Аналіз динаміки показників фінансово-економічного стану КНП «КОЛ КОР» на основі проведених розрахунків коефіцієнтів наведено у табл.2.6.

Таблиця 2.6 – Динаміка показників фінансового стану КНП «КОЛ КОР»

Показник	Оптимальне значення	2021	2022	2023	Відхилення за період	
					+/-	%
Коефіцієнт незалежності (автономії), Кн	>0,5	0,81	0,74	0,75	-0,06	-7,4
Коефіцієнт маневрування (мобільності), Км	>0,5	0,14	0,22	0,14	-	-
Коефіцієнт заборгованості, Кзб	<0,3-0,5	0,073	0,096	0,084	+0,011	+15,1
Коефіцієнт фінансової стабільності, Кфст	>1,0	13,8	10,4	8,94	-4,86	-35,2
Коефіцієнт іммобілізації, Кім	>0,5	0,82	0,74	0,77	-0,05	-6,1
Коефіцієнт співвідношення чистих мобільних коштів до всіх мобільних коштів підприємства, Кмк	>0,5	0,65	0,7	0,63	-0,02	-3,1
Коефіцієнт зносу основних засобів, Коз		0,34	0,34	0,34	-	-
Коефіцієнт придатності основних засобів, Кпоз		0,66	0,66	0,66	-	-
Коефіцієнт поточної ліквідності, Кпл	1,5-2,0	2,88	3,33	2,7	-0,18	-6,3
Коефіцієнт швидкої ліквідності, Кшл	0,5-1,0	0,24	0,41	0,18	-0,06	-25
Коефіцієнт абсолютної ліквідності, Кабсл	0,2-0,25	0,2	0,4	0,18	-0,02	-10
Коефіцієнт фондовідачі, Кф	збільшення	0,69	0,7	0,73	+0,04	+5,8
Коефіцієнт оборотності оборотних коштів Коб	збільшення	5,0	3,4	3,7	-1,3	-26
Коефіцієнт обігу кредиторської заборгованості, Кокз	збільшення	14,53	11,2	10,05	-4,48	-30,8
Коефіцієнт оборотності власного капіталу, Овк	збільшення	1,05	1,08	1,12	+0,07	+6,7

Як свідчать дані табл.2.4 коефіцієнт незалежності КНП «КОЛ КОР» є більшим за оптимальне значення (0,5) і дорівнює 0,75 в 2023 році, що на 7,4% менше ніж в 2021 році. Це свідчить про зменшення фінансової стійкості

підприємства. На даний час медичний заклад має достатньо власних коштів для забезпечення фінансової стійкості.

Коефіцієнт маневрування менше оптимального значення і в 2023 році дорівнює 0,14.

Коефіцієнт заборгованості значно менший від рекомендованих значень, в динаміці спостерігається його зростання на 15,1%.

Коефіцієнт фінансової стабільності значно більший оптимального значення >1 , що свідчить про стабільний фінансовий стан. Разом з тим за період 2021-2023 рр. він значно погіршився, темп зміни становить 35,2%.

Коефіцієнт імобілізації в 2023 році в динаміці зменшується, темп зміни 6,1%, даний показник є вищим за рекомендований норматив. Це означає, що на кожен гривню вартості майна припадає 77 коп. вартості основних фондів.

Коефіцієнт співвідношення чистих мобільних коштів і всіх мобільних коштів у 2021 році є вищим за рекомендоване значення, у 2023 році спостерігається тенденція до зменшення (на 3,1%), що свідчить про погіршення фінансової стабільності підприємства.

Проведений аналіз майнового стану засвідчив, що коефіцієнт зносу та коефіцієнт придатності не змінюються, оновлення основних засобів йде повільно. Це пов'язане насамперед з економічною кризою в країні та відповідно з погіршенням державного фінансування.

Коефіцієнт поточної ліквідності є дещо більшим за оптимальний рівень, але у динаміці він зменшився на 6,3 %.

Коефіцієнт швидкої ліквідності у 2023 році значно зменшився (на 25,0%).

Коефіцієнт абсолютної ліквідності у 2023 році є меншим за оптимальне значення, його зниження за період 2021-2023 рр. склало 10%. Це свідчить про те, що у 2023 році КНП «КОЛ КОР» не може терміново здійснювати платежі по розрахунку з кредиторами.

Ефективним слід вважати підвищення фондовіддачі. Медичний заклад ефективно використовує свої основні фонди.

Оборотність активів та власного капіталу медичного закладу зменшується

у динаміці, що говорить про зменшення ефективності використання оборотних активів підприємства та його капіталу.

2.4. Аналіз рентабельності та витрат КНП «КОЛ КОР»

Сума прибутку відображає абсолютний вплив господарської діяльності підприємства, а для визначення рівня відносної ефективності отриманого прибутку потрібно порівняти з вкладеним капіталом, використаними ресурсами або проведеними витратами. Для цього розраховують відносні показники ефективності, такі як рентабельність та окупність. Рентабельність (від німецького "rentabel" - прибутковий) - це відносний рівень прибутковості бізнесу, який відображає співвідношення між отриманим ефектом (прибутком) та наявними чи використаними ресурсами.

КНП «КОЛ КОР» є некомерційним підприємством, але воно надає платні медичні послуги.

Показник рентабельності розкриває, скільки копійок прибутку здобуло підприємство за кожен гривневий витрачений (вкладений, використаний) ресурс. Рентабельність вимірюється за допомогою відносних показників, що оцінюють ефективність роботи підприємства взагалі, його структурних підрозділів, прибутковість різних видів діяльності (операційної, фінансової, інвестиційної), вигідність виробництва окремих видів продукції. Рентабельність підприємства може бути охарактеризована через ряд показників. Проаналізуємо динаміку цих показників:

- рентабельність продукції характеризує ефективність сукупних витрат підприємства на виробництво та реалізацію продукції.. Чим вищим є цей показник, тим ефективніше працює підприємство, визначається:

$$P_n = \frac{\Pi}{C} \cdot 100\%, \quad (2.14)$$

де P_n – рівень рентабельності (рівень прибутковості (збитковості));

Π – абсолютна сума прибутку (збитку);

C – сума загальних витрат підприємства.

$$P_{n\ 2023} = \frac{22592}{543320} \cdot 100\% = 4,2\%$$

$$P_{n\ 2021} = \frac{-903}{403313} \cdot 100\% = -0,2\%$$

$$P_{n\ 2022} = \frac{9830}{448659} \cdot 100\% = 2,2\%$$

У 2023 році в порівнянні з 2021 роком спостерігається підвищення прибутковості підприємства. Прибутковість підприємства збільшилася на 4,4 пункти. У 2021 році заклад отримав збиток, а у 2023 році прибуток. Тож діяльність медичного закладу за даний період є нестабільною.

- рентабельність власного капіталу вказує на ефективність використання ресурсів, що сформовані за рахунок власних коштів. Підвищення цього показника свідчить про зростання результативності використання власного капіталу, що позитивно відзначає фінансово-господарську діяльність. Визначається:

$$P_{вк} = \frac{ЧП}{СВ_{вк}} \cdot 100\%, \quad (2.15)$$

де ЧП – чистий прибуток

СВ_{вк} – середня величина власного капіталу.

$$P_{вк\ 2023} = \frac{22592}{359448} \cdot 100\% = 6,3\%$$

$$P_{вк\ 2021} = \frac{-903}{269886} \cdot 100\% = -0,3\%$$

$$P_{вк\ 2022} = \frac{9830}{309908} \cdot 100\% = 3,2\%$$

Протягом 2021-2023 рр. спостерігається збільшення прибутковості (з - 0,3% до 6,3%) власного капіталу, а це свідчить про підвищення ефективності його використання.

- рентабельність залученого капіталу – показує ефективність використання

активів підприємства, що створюються за рахунок залучених коштів.

$$P_{зк} = \frac{ЧП}{СВ_{зк}} \cdot 100\%, \quad (2.16)$$

де $ЧП$ – чистий прибуток

$СВ_{зк}$ – середня величина залученого капіталу.

$$P_{зк\ 2023} = \frac{22592}{40190} \cdot 100\% = 56,2\%$$

$$P_{зк\ 2021} = \frac{-903}{19591} \cdot 100\% = -4,6\%$$

$$P_{зк\ 2022} = \frac{9830}{29885} \cdot 100\% = 32,9\%$$

Прибутковість використання активів, що створюються за рахунок залучених коштів КНП «КОЛ КОР» збільшується з -4,6% до 56,2%. Разом з тим, негативним є значне зростання кредиторської заборгованості підприємства.

Результати розрахунків зводимо у табл.2.7

Таблиця 2.7. - Показники прибутковості підприємства КНП «КОЛ КОР»

Показник	Норма	2021	2022	2023	Відхилення	
					+/-	%
Рентабельність (збитковість) продукції	>0 збільшення	-0,2	2,2	4,2	+4,4	+2200
Рентабельність власного капіталу	>0 збільшення	-0,3	3,2	6,3	+6,6	+2200
Рентабельність Залученого капіталу	>0 збільшення	-4,6	32,9	56,2	+60,8	+1322

В динаміці усі показники рентабельності збільшилися. Це досить позитивна тенденція.

На результати підприємства значний вплив здійснюють витрати підприємства.

Тому проводимо аналіз витрат медичного закладу.

Відображаючи частку його поточних витрат в ціні продукції та послуг, що реалізуються, рівень витрат (P_{ϵ}) визначається як відношення суми витрат (BO) до обсягу реалізації (P), виражене у відсотках.

$$P_{\epsilon} = \frac{BO}{P} \cdot 100\%, \quad (2.17)$$

де BO – сума витрат у певному періоді;

P – обсяг реалізації товарів у певному періоді.

$$P_{\epsilon.2023} = \frac{493134}{403990} \cdot 100\% = 122,1$$

$$P_{\epsilon.2021} = \frac{403312}{284742} \cdot 100\% = 141,6\%$$

$$P_{\epsilon.2022} = \frac{460533}{334704} \cdot 100\% = 137,6\%$$

Зменшення рівня витрат на одиницю реалізованих послуг із 141,6% до 122,1% (на 13,8%) є позитивною тенденцією.

Витратовіддача визначається:

$$BB = \frac{P}{BO}, \quad (2.18)$$

$$BB_{2023} = \frac{403990}{493134} = 0,82$$

$$BB_{2021} = \frac{284742}{403313} = 0,71$$

$$BB_{2022} = \frac{334704}{448659} = 0,75$$

Обсяг реалізації на одиницю витрат збільшується з 0,71 до 0,82 (на 15,5%), що є позитивною тенденцією.

Доходність визначається:

$$D_{\epsilon} = \frac{BD}{BO} \cdot 100\%, \quad (2.19)$$

$$D_{\text{в.2023}} = \frac{89144}{543520} \cdot 100\% = 16,4\%$$

$$D_{\text{в.2021}} = \frac{284742}{403313} \cdot 100\% = 70,6\%$$

$$D_{\text{в.2022}} = \frac{334704}{448659} \cdot 100\% = 74,6\%$$

Доходність зменшується з 70,6% до 16,4% (на 76,8%).

Прибутковість витрат ($\Pi_{\text{в}}$) або рівень рентабельності витрат. Визначається за наступною залежністю:

$$\Pi_{\text{в}} = \frac{БП}{ВО} \cdot 100\%, \quad (2.20)$$

$$\Pi_{\text{в.2023}} = \frac{22592}{543520} \cdot 100\% = 4,2\%$$

$$\Pi_{\text{в.2021}} = \frac{-903}{403313} \cdot 100\% = -0,2\%$$

$$\Pi_{\text{в.2022}} = \frac{9830}{448659} \cdot 100\% = 2,2\%$$

Прибутковість зростає з -0,2% до 4,2% .

Результати розрахунків зводимо у табл.2.8.

Таблиця 2.8 – Динаміка рівня витрат та доходів КНП «КОЛ КОР»

Показники	роки			Темп росту, %
	2021	2022	2023	
Обсяг наданих платних послуг, тис. грн.	284742	334704	403990	141,9
Обсяг загальних доходів, тис. грн.	403953	460533	501365	124,1
Рівень витрат, %	141,6	137,6	122,1	86,2
Витратовіддача	0,71	0,75	0,82	115,5
Доходність витрат обігу, %	70,6	74,6	16,4	23,2
Прибутковість витрат обігу, %	-0,2	2,2	4,2	2200

Слід зазначити, що динаміка всіх показників окрім доходності витрат є позитивною.

Проаналізуємо більш детально склад та ефективність витрат медичного закладу. Результати аналізу зведемо у табл.2.7.

Таблиця 2.9 - Аналіз ефективності витрат КНП «КОЛ КОР»

Показник	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення	
				+/-	%
Всього витрат, тис.грн:	403313	448659	543520	+140207	+34,8
Матеріальні витрати	121056	103938	146364	+25308	+20,9
Витрати на оплату праці	184924	225742	261504	+76580	+41,4
Відрахування на соціальні заходи	40804	49227	56609	+15805	+38,7
Амортизація	20448	26188	28657	+8209	+40,2
Інші операційні витрати	36081	43564	50386	+14305	+39,7
Обсяг реалізованої продукції, тис.грн	284742	334704	403990	+119248	+41,9
Собівартість реалізованої продукції, тис.грн	367231	405095	493134	+125903	+34,3
Витрати на 1 грн. реалізованої продукції	0,91	0,9	0,91	-	-
Матеріаломісткість	0,43	0,31	0,36	-0,07	-16,3
Зарплатомісткість	0,65	0,67	0,65	-	-
Фондомісткість	0,07	0,08	0,07	-	-
Чистий прибуток, тис.грн	-903	9830	22592	+23495	+2601,9
Доходність витрат, %	-0,2	2,4	4,2	+4,4	2200

Аналіз таблиці 2.9 показує, що доходність витрат підприємства значно збільшилася. Незважаючи на те, що зросли обсяги наданих послуг, можемо побачити, що собівартість реалізованих послуг перевищує обсяги їх надання. Прибуток медичний заклад отримує від надання інших видів послуг (надання в оренду основних засобів, проведення наукових семінарів, підвищення кваліфікації медичних працівників на базі закладу тощо).

Зменшилися також показники матеріаломісткості на 16,3% Це свідчить про підвищення ефективності використання даних видів витрат підприємства.

Результати аналізу свідчать, про загалом ефективну діяльність медичного закладу. В умовах кризи та невизначеності обласна лікарня намагається

функціонувати успішно, використовувати всі можливі ресурси та напрямки, щоб підвищувати свою прибутковість та конкурентоспроможність.

3. НАПРЯКИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «КОЛ КОР»

3.1 Обґрунтування системи комунікаційних інструментів в умовах багатопрофільної надкластерної лікарні

У контексті обласної багатопрофільної надкластерної лікарні онлайн-сервіс запису до лікаря, хоча й є важливим інструментом, але не може повністю задовольнити всі потреби у комунікації між закладом та пацієнтами. Специфіка роботи такого масштабного медичного закладу, який обслуговує велику кількість пацієнтів з різними захворюваннями та потребами, вимагає більш комплексного підходу до організації комунікацій.

Надкластерна лікарня характеризується складною структурою медичних послуг, включаючи високоспеціалізовану допомогу, що потребує детального роз'яснення пацієнтам особливостей підготовки до діагностичних процедур та госпіталізації. Значна частина пацієнтів, особливо людей похилого віку або з віддалених районів області, може відчувати труднощі з використанням онлайн-сервісів. Крім того, багато медичних ситуацій вимагають індивідуального підходу та попередньої консультації для визначення оптимального маршруту пацієнта. На рис. 3.1 наведемо основні переваги контакт-центру над онлайн-сервісом у надкластерній лікарні.

Контакт-центр забезпечує персоналізований підхід до кожного звернення, можливість оперативного перенаправлення пацієнтів між відділеннями, координацію складних випадків та швидке реагування на зміни в розкладі прийомів. Оператори контакт-центру можуть надавати детальні роз'яснення щодо підготовки до досліджень, консультувати щодо необхідного пакету документів, а також координувати взаємодію між різними підрозділами лікарні.

Важливим аспектом є також необхідність управління потоками ургентних пацієнтів, координація роботи служби невідкладної допомоги та забезпечення оперативного зв'язку між різними відділеннями лікарні. Контакт-центр може ефективно розподіляти навантаження на приймальне відділення, координувати

госпіталізацію пацієнтів та забезпечувати оперативний зв'язок з районними медичними закладами.



Рис. 3.1. - Переваги контакт-центру над онлайн-сервісом у надкластерній лікарні

Окрім того, наявність контакт-центру дозволяє збирати та аналізувати інформацію про потреби пацієнтів, якість надання медичних послуг, виявляти проблемні моменти в роботі закладу та оперативно на них реагувати. Це особливо важливо для закладу такого масштабу, де щоденно обслуговуються сотні пацієнтів з різними потребами та очікуваннями.

Таким чином, для ефективної роботи обласної багатопрофільної надкластерної лікарні необхідна комплексна система комунікації, де онлайн-сервіс запису виступає лише одним із компонентів, а контакт-центр забезпечує повноцінну координацію та підтримку всіх процесів взаємодії з пацієнтами.

3.2 Організація контакт-центру в медичному закладі

Контакт-центр у медичній установі виступає потужним інструментом управління та оптимізації робочих процесів. Його ефективна діяльність суттєво знижує навантаження на медичний персонал, забезпечує раціональний розподіл пацієнтопотоків та автоматизує процес запису на консультації. Серед ключових функцій такого центру - координація електронного документообігу щодо відвідувань, надання вичерпної інформації про діяльність закладу, організація дистанційних консультацій з медичними спеціалістами. Не менш важливими аспектами роботи є опрацювання відгуків пацієнтів, розширення клієнтської бази та виконання додаткових завдань відповідно до специфіки медичної установи.

Процес впровадження контакт-центру в медичному закладі реалізується через три послідовні фази: початкову підготовку до формування центру, всебічне тестування його функціональності та ретельний підбір з подальшим навчанням персоналу.

На етапі підготовки до створення контакт-центру медичний заклад має провести ретельний аналіз своїх потреб та можливостей. Процес підготовки до створення контакт-центру наведений на рис 3.2. Першочергово необхідно визначити обсяг дзвінків, який планується обробляти, та встановити години роботи центру. Важливим кроком є вибір приміщення, яке відповідатиме

технічним вимогам: достатня площа для розміщення операторів, належна звукоізоляція та вентиляція, можливість прокладання необхідних комунікацій.



Рис 3.2 - Процес підготовки до створення контакт-центру

Наступним важливим аспектом є вибір технічного оснащення: телефонна станція, комп'ютерне обладнання, програмне забезпечення для обробки звернень та система запису розмов. Особливу увагу слід приділити інтеграції контакт-центру з медичною інформаційною системою закладу, що дозволить операторам мати швидкий доступ до розкладу лікарів, історій хвороб та іншої необхідної інформації.

Також на підготовчому етапі розробляються базові скрипти розмов, формуються стандарти обслуговування та визначаються ключові показники ефективності роботи операторів. Необхідно прописати алгоритми дій у різних ситуаціях: від стандартного запису на прийом до роботи в екстрених випадках.

Важливо також розробити систему контролю якості обслуговування та механізми зворотного зв'язку від пацієнтів.

Окремої уваги потребує фінансове планування, яке включає розрахунок початкових інвестицій на обладнання та програмне забезпечення, а також поточних витрат на заробітну плату персоналу, технічну підтримку та комунальні послуги. Необхідно також передбачити резервний фонд для можливої модернізації системи у майбутньому.

Етап тестування роботи контакт-центру є критично важливим для забезпечення якісного обслуговування пацієнтів. Тестування роботи контакт-центру схематично зображено на рис. 3.3. Спочатку проводиться технічне тестування всіх систем: перевіряється стабільність роботи телефонної станції, якість зв'язку, коректність переадресації дзвінків та функціонування програмного забезпечення. Особлива увага приділяється тестуванню інтеграції з медичною інформаційною системою, щоб переконатися у точності та оперативності відображення даних.

Наступним кроком є пілотне тестування з обмеженим потоком дзвінків. На цьому етапі відпрацьовуються стандартні сценарії взаємодії з пацієнтами: запис на прийом, консультації щодо роботи закладу, обробка типових запитів. Важливо перевірити роботу системи в різних ситуаціях, включаючи пікові навантаження та нестандартні випадки. Це допомагає виявити можливі проблеми та оптимізувати робочі процеси.

Під час тестування також проводиться аналіз ефективності розроблених скриптів розмов та їх коригування відповідно до реальних потреб. Відслідковуються такі показники як середня тривалість розмови, час очікування на лінії, кількість втрачених дзвінків. На основі отриманих даних вносяться необхідні зміни в алгоритми роботи та налаштування системи.

Важливою частиною тестування є перевірка системи запису та контролю якості розмов. Проводиться аналіз записаних розмов, оцінюється дотримання операторами стандартів обслуговування, виявляються типові помилки та формуються рекомендації щодо покращення якості роботи. Також тестується

система збору та аналізу статистики, яка дозволяє оцінювати ефективність роботи контакт-центру в цілому.

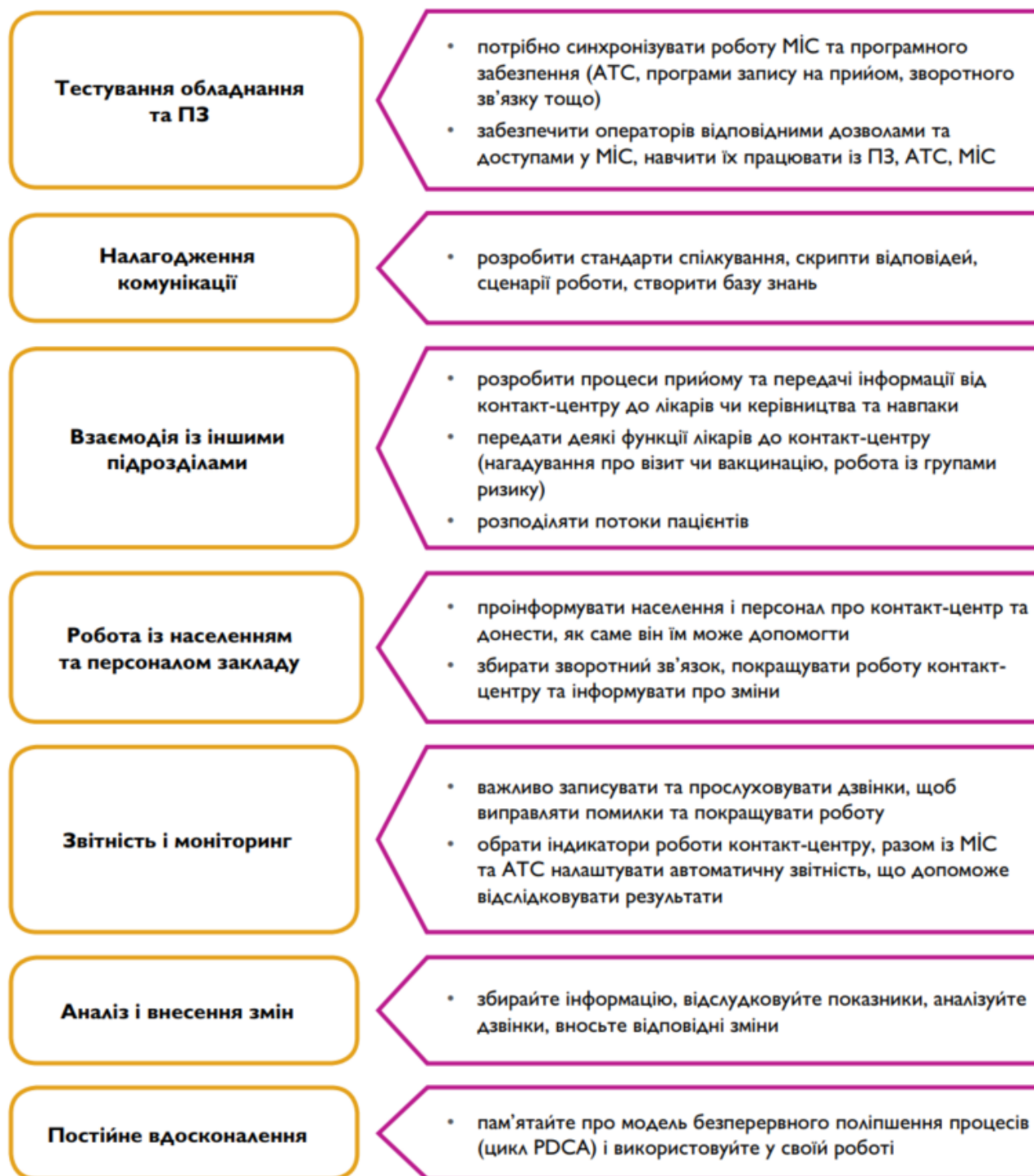


Рис. 3.3 - Тестування роботи контакт-центру

На завершальному етапі тестування проводиться комплексна оцінка готовності контакт-центру до повноцінного запуску. Аналізуються всі виявлені недоліки, вносяться фінальні коригування в робочі процеси та приймається рішення про перехід до повномасштабної роботи з пацієнтами.

Етап підбору і навчання персоналу є вирішальним для забезпечення високоякісного обслуговування пацієнтів у контакт-центрі медичного закладу. Схематично підбір та навчання персоналу зображено на рис. 3.4. Процес починається з ретельного відбору кандидатів, які повинні мати не лише відмінні комунікативні навички, але й базові медичні знання або досвід роботи в медичній сфері. Важливими критеріями при підборі є стресостійкість, вміння швидко приймати рішення та емпатія до пацієнтів.

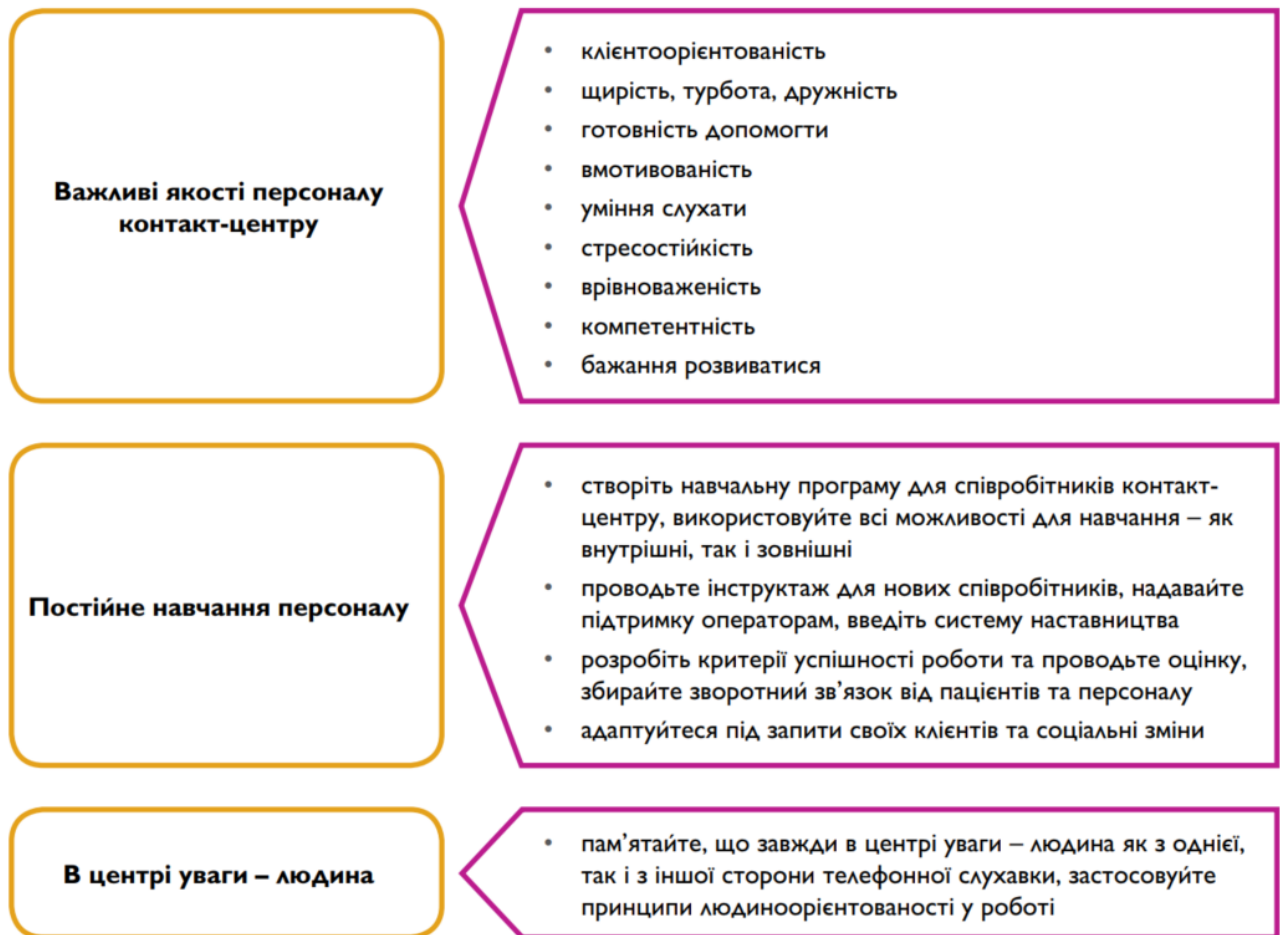


Рис. 3.4. - Підбір та навчання персоналу

Навчальна програма для операторів складається з декількох блоків. Перший блок включає вивчення структури медичного закладу, особливостей його роботи, специфіки надання різних видів медичних послуг та правил запису до різних спеціалістів. Другий блок присвячений технічній підготовці: освоєнню роботи з програмним забезпеченням контакт-центру, медичною інформаційною системою та іншими необхідними інструментами.

Особлива увага приділяється відпрацюванню навичок спілкування з пацієнтами. Оператори вивчають стандарти обслуговування, освоюють техніки активного слухання та роботи зі складними ситуаціями. Проводяться тренінги з управління стресом та конфліктами, відпрацьовуються різні сценарії взаємодії через рольові ігри. Важливою частиною навчання є освоєння медичної термінології та розуміння базових медичних процесів.

Після завершення теоретичного навчання оператори проходять практичну підготовку під наглядом досвідчених наставників. Спочатку вони прослуховують реальні розмови, потім починають самостійно обробляти дзвінки під контролем супервізора. Поступово збільшується складність завдань та обсяг самостійної роботи. Регулярно проводиться оцінка якості роботи кожного оператора, надається зворотний зв'язок та рекомендації щодо покращення навичок.

Важливим елементом є організація системи постійного підвищення кваліфікації персоналу. Регулярно проводяться додаткові тренінги, обговорюються складні випадки, відбувається обмін досвідом між операторами. Також впроваджується система мотивації та професійного розвитку, яка заохочує операторів до постійного вдосконалення своїх навичок та підвищення якості обслуговування пацієнтів.

Основою ефективної комунікації завжди залишається міжособистісна взаємодія та індивідуальний підхід до кожної людини. Емпатія, автентичність у спілкуванні та щире прагнення надати підтримку створюють той особливий емоційний зв'язок, який неможливо замінити жодними технологіями. Кожна особистість має свій унікальний світогляд, специфічні потреби та індивідуальне сприйняття інформації, що потребує гнучкого підходу у комунікації.

Розвиток глибокого розуміння потреб своєї аудиторії – від пацієнтів до партнерів – це безперервний процес професійного зростання. Важливо не лише вивчати їхні запити та очікування, але й адаптувати методи комунікації відповідно до особливостей кожної групи. Регулярні тренінги для персоналу з комунікативних навичок, впровадження сучасних технологій зв'язку та постійне

самовдосконалення керівництва у сфері управління взаємовідносинами – це інвестиція у якість медичних послуг.

Комунікація у медичній сфері виходить далеко за межі простого обміну інформацією – це фундаментальний елемент, який впливає на якість лікування, довіру пацієнтів та ефективність управління закладом. Вона може стати потужним інструментом для створення позитивного терапевтичного середовища, де кожен пацієнт відчуває себе почутим та важливим, а кожен працівник – цінним членом команди.

3.3. Оптимізація телекомунікаційної інфраструктури

При оптимізації бізнес-процесів особливої актуальності набуває питання ефективного використання телекомунікаційних ресурсів у медичних закладах. Наявність власної АТС відкриває широкі можливості для раціоналізації системи зв'язку, проте вимагає системного підходу до її управління та модернізації.

Практика показує, що в багатьох медичних установах історично склалася ситуація, коли значна кількість телефонних ліній залишається незадіяною або використовується неефективно. Це може бути результатом різних факторів: реорганізації відділень, зміни робочих процесів, переміщення персоналу або просто відсутності регулярного аудиту телекомунікаційної мережі. Кожна незадіяна лінія – це не лише зайві фінансові витрати на її обслуговування, але й потенційне джерело технічних проблем у мережі зв'язку.

Проведення комплексного аудиту телефонних ліній може виявити значні резерви для оптимізації. Це включає виявлення дублюючих ліній, ідентифікацію непрацюючих або рідко використовуваних номерів, аналіз схем комутації та їх відповідність поточним потребам закладу. Важливо розуміти, що кожна активна телефонна лінія потребує регулярного обслуговування та генерує витрати, незалежно від інтенсивності її використання.

Відключення надлишкових ліній та оптимізація схем комутації призводить до низки позитивних результатів. По-перше, це пряма економія коштів на обслуговування та оплату послуг зв'язку. По-друге, зменшення навантаження на

АТС та супутнє обладнання підвищує стабільність роботи системи в цілому. По-третє, спрощується процес адміністрування та технічного обслуговування мережі.

Варто зазначити, що оптимізація телефонних ліній – це не одноразовий захід, а постійний процес, який повинен відповідати динамічним потребам медичного закладу. Регулярний моніторинг використання ліній, аналіз потреб підрозділів та своєчасне реагування на зміни в організаційній структурі дозволять підтримувати високу ефективність телекомунікаційної системи.

Особливу увагу слід приділити якості зв'язку, яка часто страждає через перевантаження застарілих комунікаційних вузлів та нераціональне використання каналів. Оптимізація мережі дозволяє перерозподілити навантаження та забезпечити стабільний зв'язок там, де він дійсно необхідний. Це особливо важливо для медичних закладів, де якість комунікації може бути критичним фактором у наданні медичної допомоги.

Таким чином, системний підхід до оптимізації телефонних ліній у медичному закладі є не просто технічним заходом, а важливим управлінським рішенням, яке має значний вплив на ефективність роботи установи, її фінансові показники та якість обслуговування пацієнтів. Інвестиції часу та ресурсів у цей процес швидко окупаються через зменшення операційних витрат та підвищення якості комунікації.

Проведемо аналіз витрат КНП «КОЛ КОР» за електронні комунікаційні послуги. Протягом 2022-2024 рр. тариф за електронні комунікаційні послуги збільшувався два рази, про що свідчать дані наведені в табл. 3.1. Проведений аудит ліній зв'язку показав нераціональне використання каналів, також було виявлено, що лінії зв'язку з АДСЛ підключенням не використовуються з 2021 року так як у лікарні проведена локальна комп'ютерна мережа. Частина зареєстрованих паралельних телефонних ліній виявились присутніми тільки на папері в результаті реорганізації відділень та оптимізації робочих місць.

Аналіз витрат КНП «КОЛ КОР» за електронні комунікаційні послуги протягом 2022-2024 рр.

Послуга	Фактична кількість ліній або обладнання	Тариф, грн			Рахунок на оплату, грн			Запланована кількість ліній або обладнання	Прогнозний рахунок на оплату за січень 2025, грн.
		за грудень 2022	за травень 2023	за січень 2024	за грудень 2022	за травень 2023	за січень 2024		
Абонентна плата за з'єднувальну лінію, грн	14	143	186	484	2002	2604	6776	4	1936
Абонентна плата за телефон, грн	23	88	115	165	2024	2645	3795	12	1980
Абонплата за паралельний телефон, грн	11	53	69	100	583	759	1100		0
Абонплата за АДСЛ, грн	4	280	350	420	1120	1400	1680		0
Оренда кабельного каналу, грн	1	15	15	30	15	15	30	1	30
Всього					5744	7423	13381		3946

Процедура відключення незадіяних телефонних ліній у медичному закладі має низку адміністративних особливостей та потребує системного підходу. Насамперед необхідно провести ретельний аудит усіх наявних ліній, що включає документальну перевірку та фізичну інвентаризацію телефонних точок.

Першим кроком є створення робочої групи, до якої мають увійти представники технічного відділу, головна медична сестра (яка зазвичай відповідає за телефонний зв'язок у відділеннях), працівник відділу зв'язку та представник адміністрації закладу. Важливо отримати погодження керівників усіх структурних підрозділів щодо ліній, які планується відключити.

Наступним етапом є підготовка документації: складання актів обстеження телефонних ліній, підготовка службових записок від керівників підрозділів, розробка наказу про відключення конкретних номерів. Необхідно також внести зміни до схем телефонної мережі закладу та оновити документацію з обліку основних засобів.

Особливу увагу слід приділити взаємодії з постачальником послуг зв'язку. Потрібно подати офіційний запит на відключення ліній, узгодити графік робіт та оформити відповідні акти виконаних робіт. При цьому важливо перевірити наявність заборгованості за послуги зв'язку та врегулювати всі фінансові питання.

Складність процедури також полягає в необхідності координації дій між різними службами та дотриманні всіх формальних вимог, щоб уникнути можливих проблем у майбутньому, особливо під час перевірок контролюючими органами чи аудитів.

Проведемо розрахунок економічного ефекту в результаті оптимізації схем комутації ліній телефонного зв'язку.

$$E_{ef} = (U_{\bar{o}} - U_{np}) - E_n(K_{np} - K_{\bar{o}}), \quad (3.1)$$

де: $U_{\bar{o}}$, U_{np} – величина експлуатаційних витрат за базовим и запропонованим варіантом відповідно;

$K_{\bar{o}}$, K_{np} – об'єм капітальних вкладень за варіантами, що порівнюються.

Враховуючи те, що відключення ліній зв'язку потребує листування з постачальником послуг, а всі роботи по оптимізації ліній зв'язку виконуються власними підрозділами, вартість капіталовкладень на оптимізацію не враховуємо.

$$E_{ef} = (U_{\delta} - U_{np}) = 13381 - 3946 = 9435 \text{ грн. за місяць}$$

Тобто річний економічний ефект від даного впровадження при умові, що рахунки на комунікаційні послуги не будуть збільшуватись становить: $9435 \cdot 12 = 113220$ грн. При збільшенні тарифу, відповідно ефект від впровадження збільшиться.

ВИСНОВКИ

На основі проведених досліджень можна зробити наступні висновки:

1. Ринок медичних послуг характеризується особливою соціальною значущістю та має низку унікальних характеристик, що відрізняють його від інших секторів сфери послуг. Ключовими особливостями є: асиметрія інформації між надавачем послуг та пацієнтом, нееластичність попиту, висока соціальна відповідальність, значна роль державного регулювання та складність стандартизації якості послуг. Наукові дослідження демонструють, що сучасний етап розвитку ринку медичних послуг характеризується посиленням конкуренції, зростанням вимог до якості обслуговування та активним впровадженням інноваційних технологій. Особлива увага приділяється питанням оптимізації бізнес-процесів, підвищення клієнтоорієнтованості та забезпечення економічної ефективності медичних закладів при збереженні високих стандартів медичної допомоги.

Аналіз наукових джерел також виявив тенденцію до трансформації традиційних моделей надання медичних послуг під впливом діджиталізації, розвитку телемедицини та зміни споживчих преференцій. Це створює нові виклики для медичних закладів та потребує розробки інноваційних підходів до організації їхньої діяльності.

2. Проведений аналіз діяльності КНП "КОЛ КОР" за 2021-2023 рр., включаючи оцінку організаційно-економічних показників, ринкового середовища та фінансового стану свідчить про ефективну діяльність медичного закладу. Підприємство є прибутковим але динаміка деяких показників є негативною:

- спостерігається зменшення фінансової стійкості на 7,4%;
- коефіцієнт абсолютної ліквідності у 2023 році є меншим за оптимальне значення, його зниження за період 2021-2023 рр. склало 10%;

- оборотність активів та власного капіталу медичного закладу зменшується у динаміці, що говорить про зменшення ефективності використання оборотних активів підприємства та його капіталу.

Позитивним можна відмітити наступне:

- розширення діяльності підприємства, про що свідчить: збільшення вартості активів підприємства на 60,75%; збільшення оборотних активів на 92,1%; в складі оборотних активів збільшилися матеріальні активи на 1,64%, та зменшилися грошові кошти на 5,85%;
- підвищення показника фондовіддачі на 5,8%;
- в динаміці спостерігається підвищення усіх показників рентабельності.

Разом з тим, незважаючи на те що зросли обсяги наданих послуг, можемо побачити, що собівартість реалізованих послуг перевищує обсяги їх надання. Прибуток медичний заклад отримує від надання інших видів послуг (надання платних медичних послуг, надання в оренду основних засобів, проведення наукових семінарів, підвищення кваліфікації медичних працівників на базі закладу тощо). В умовах кризи та невизначеності обласна лікарня намагається функціонувати успішно, використовувати всі можливі ресурси та напрямки, щоб підвищувати свою прибутковість та конкурентоспроможність.

3. Обґрунтовано необхідність створення сучасного контакт-центру з використанням ІТ-технологій. Описані процеси підготовки створення контакт-центру, тестування його функціональності та ретельний підбір з подальшим навчанням персоналу дозволять скоротити час на підготовку проектної документації та його впровадження.

4. Запропоновано та теоретично обґрунтовано систему модернізації комунікаційної інфраструктури медичного закладу. За результатами економічних розрахунків, імплементація розробленого комплексу оптимізаційних заходів генеруватиме щорічний економічний ефект на рівні 113220 грн. Системний підхід до впровадження запропонованих інноваційних рішень створить синергетичний ефект, що проявиться у суттєвому підвищенні якісних показників медичного обслуговування, розширенні доступності

медичних сервісів для різних категорій пацієнтів та зміцненні ринкових позицій закладу. Більше того, реалізація розроблених рекомендацій закладе міцний фундамент для подальшої цифрової трансформації медичного закладу та забезпечення його довгострокового сталого розвитку в умовах зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 23.10.2024).
2. ІПС ЛІГА:ЗАКОН - система пошуку, аналізу та моніторингу нормативно-правової бази. LIGA:ZAKON. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/kp180391?an=0&ed=2024_11_12 (дата звернення: 23.10.2024).
3. Короленко В. Використання клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Практика управління медичним закладом. 2017. № 3. С.60-68.
4. Ходаківський Є.І., Присяжнюк О.Ф., Плотнікова М.Ф., Суботенко О.О. Інвестиційно-проектне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 13-14. С. 14-19.
5. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України | INgenius. Медична та наукова платформа. Лекції, статті, зустрічі з успішними особистостями. | INgenius. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 17.10.2024).
6. Назарко С.О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2020_1_23. (дата звернення: 22.11.2022).
7. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. URL:

<http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>. (дата звернення: 25.11.2022).

8. Василенко Н.В., Семко М.І., Радиш Я.Ф. Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: Економічні науки*. 2022. № 8. С. 9-14.
9. Васюк М. Органи публічного управління як суб'єкти надання послуг у медичній галузі України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 12. С. 172-175.
10. Dafne, E., Degabriel, D., Luvini, G., Petrino, R. & Uccella, L. (2024). Asking patients if they have any questions can help improve patient satisfaction with medical team communication in the emergency department Frau et al. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 85. doi: 10.1186/S12873-024-01001-1.
11. Ha, J. F., Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. Ochsner J. Spring, 10(1), 38-43. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>.
- 12.. Report of the Regional Director on the work of WHO in the European Region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 2012. Available at: https://who.sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0003/169914/RC62wd05-Eng.pdf
13. Слабкий, Г. О., Шафранський, В. В, Миронюк, І. С., Кручаниця В. В. (2016). Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: методичні рекомендації. Київ: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
14. Знаменська, М. Н., Слабкий, Г. О., Знаменська, Т. К. (2019). Комунікації в охороні здоров'я: монографія. Київ: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
15. Самофалов, Д. О. (2020). Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український

- підходи. Державне управління: удосконалення та розвиток, 9. doi: 10.32702/2307-2156-2020.9.52
16. Устимчук, О. В. (2020). Сучасні тенденції реалізації та розвитку комунікації в українській моделі державного управління галуззю охорони здоров'я, Державне управління та місцеве самоврядування, № 2(45), 213-219.
 17. Деміхов, О. (2022). Комунікаційна стратегія як напрям розвитку сфери громадського здоров'я на регіональному рівні. Університетські наукові записки, № 3(87), 83-105.
 18. Полюлях, Р. А. (2022). Комунікативна діяльність закладів охорони здоров'я в територіальних громадах. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, № 3, 56-60
 19. Mohammed, E.D.E. & Diyaeldin, B. O. (2022). Paternalistic Approach in Physician-Patient Relationships in Medical Care in the Light of Contemporary Ethical Theories and Principles of Bioethics. American Journal of Health Research, 10(4), 179-184. doi 10.11648/j.ajhr.20221004.15
 20. George, A. S. H., Shahul, A. & George, S. (2022). An Overview of Medical Care and the Paternalism Approach: An Evaluation of Current Ethical Theories and Principles of Bioethics in the Light of Physician-Patient Relationships. Partners Universal International Research Journal (PUIRJ), 01(04). doi: 10.5281/zenodo.7419781
 21. Fountouki, A., Sanchez, M. A., Theofanidis, D. & Paternalism V. S. (2020). Patient Empowerment: Nursing Challenges from Spain and Greece. International Journal of Caring Sciences, 13(3), 2288-2294. Available at: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/83_foundouki_special_13_3.pdf
 22. Clarke, S.R. (2003). Foundations of freedom - a welfarebased arguments against paternalism. New York, London: Taylor & Francis Group.
 23. Lee, Y-Y & Lin, J. L. (2010). Do patient autonomy preferences matter? Linking patient- centered care to patient–physician relationships and health outcomes.

- Social Science & Medicine, 71, 1811–1818. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.008
24. Fleisje, A. (2023). Paternalistic persuasion: are doctors paternalistic when persuading patients, and how does persuasion differ from convincing and recommending? *Med Health Care Philos*, 26(2), 257-269. doi: 10.1007/s11019-023-10142-2
 25. Engelbrecht, S. F. (2014). Can autonomy be limited - an ethical and legal perspective in a South African context? *Journal of Forensic Odontostomatology*, 32(1), 34-39. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734815/>
 26. Бронікова, С. (2020). Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід. Available at: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/596/%D0%97%D0%B1%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2-web_final.pdf
 27. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., et al. (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco : Jossey-Bass
 28. Davis, D., Schoenbaum, S. C. & Audet A. –M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*, 20(10), 953-957. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x
 29. Rajae, L. (October 31, 2023) What is Patient-Centered Care?: Everything You Need to Know. *Elation Health*. Available at: <https://www.elationhealth.com/resources/blogs/what-is-patient-focused-care>
 30. Медицина, загорнута у сервіс: підсумки масштабного дослідження в медичній сфері. Available at: <https://4service.company/uk/blog/meditsina-zagornuta-u-servis-pidsumki-masshtabnogo-doslidzhennia-v-medichnii-sferi>
 31. Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff*. 29(8), 1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888

32. Reeve, B. B., Thissen, D. M., Bann, C. M., Mack, M., Treiman, K., Sanoff, H. K., ... McCormack L. A. (2017). Psychometric evaluation and design of patient-centered communication measures for cancer care settings. *Patient Educ Counsel*, 100(7), 1322-1328. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.011
33. Plewnia, A., Bengel, J. & Körner, M. (2016). Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2063-2070. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.018
34. Hekkert, K. D., Cihangir, S., Kleefstra, S. M., Berg, B. & Kool R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69(1), 68-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.016
35. Jackson, J. L., Chamberlin, J. & Kroenk, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 52(4), 609-620. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00164-7
36. Fuertes, J. N., Mislowsky, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G. & Boylan, L. S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*, 66(1), 29-36. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.013.
37. Aladwan, M. A., Salleh, H. S., Anuar, M. M., Alhwadi, H. & Almomani, I. (2021). Relationship among service quality, patient satisfaction and patient loyalty: case study in Jordan mafrq hospital. *Ling Cult Rev*, 5(S3), 27-40. doi: 10.21744/lingcure.v5nS3.1368
38. Anderson, E. B. (2002). Patient-centeredness: a new approach. *Nephrol News Issues*, 16(12), 80-82. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Lynn-Callister/publication/23718337_Patient-centered_care_and_adherence_Definitions_and_applications_to_improve_outcomes/links/5a61250e_a6fdccb61c5022f4/Patient-centered-care-and-adherence-Definitions-and-applications-to-improve-outcomes.pdf
39. Klinkenberg, W. D., Boslaugh, S., Waterman, B. M., Otani, K., Inganzo, J. M., Gnida, J. C. & Dunagan, W. C. (2011). Inpatients' willingness to recommend: a multilevel analysis. *Health Care Manage Rev*, 36(4), 349-58. doi: 10.1097/HMR.0b013e3182104e4a.

40. Park, H. N., Park, D. J., Han, S.Y., et al. (2022). Effect of inpatient experiences on patient satisfaction and the willingness to recommend a hospital: the mediating role of patient satisfaction: a cross-sectional study. *Health Sci Rep*, 5. doi: 10.1002/hsr2.925
41. Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: NORTON & COMPANY• INC
42. Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Doctor–Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221–2226
43. Miller, V. R. & Rollnick, S. (2017). *Motivational interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press.
44. Мирута Наталія. Особливості та роль комунікацій у закладах охорони здоров'я. *International Science Journal of Management, Economics & Finance*. Vol. 3, No. 4, 2024, pp. 127-137. doi: 10.46299/j.isjmef.20240304.12

ДОДАТКИ

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку 1 "Загальні вимоги до фінансової звітності"

ДОКУМЕНТ КРИЙНИЙ

Підприємство	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	Дата (рік, місяць, день)	2023 10 01
Територія	КІРОВОГРАДСЬКА	за ЄДРПОУ	01994942
Організаційно-правова форма господарювання	Комуніальне підприємство	за КАТОТТГ	1 UA35040210010286392
Вид економічної діяльності	Діяльність лікарняних закладів	за КОПФГ	150
Середня кількість працівників	2 1 473	за КВЕД	86.10
Адреса, телефон	проспект Університетський, буд. 2/5, м. КІРІВНИЦЬКИЙ, КІРОВОГРАДСЬКА обл., 25030	397170	
Одиниця виміру: тно. грн. без десяткового знака (окрім розділу IV Звіту про фінансові результати (Звіту про окупний дохід) (форма №2), грошові показники якого наводяться в гривнях з копійками)			
Складено (зробити позначку "ч" у відповідній клітинці):			
за національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку			
за міжнародними стандартами фінансової звітності			

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на 31 грудня 2022 р.

Форма №1 Код за ДКУД 1801001

А К Т И В	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	-	-
первісна вартість	1001	-	-
накопичена амортизація	1002	-	-
Незавершені капітальні інвестиції	1005	1 964	8 659
Основні засоби	1010	273 114	312 326
первісна вартість	1011	414 246	476 230
знос	1012	141 132	163 904
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції: які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	-	-
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	-	-
Відітрочені податкові активи	1045	-	-
Гудвіл	1050	-	-
Відітрочені аквізційні витрати	1060	-	-
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	-	-
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	275 078	320 985
II. Оборотні активи			
запаси	1100	51 819	87 215
виробничі запаси	1101	-	-
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестрахування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	144	239
Дебіторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	18	4
з бюджетом	1135	-	-
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	1155	509	-
Поточні фінансові інвестиції	1160	-	-
Гроші та їх еквіваленти	1165	3 988	12 029
готівка	1166	6	2
рахунки в банках	1167	3 982	12 027
Витрати майбутніх періодів	1170	6	-
Частка перестрахування у страхових резервах	1180	-	-
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	-	-

резервах незароблених премій	1183	-	-
інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	56 484	99 487
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	331 562	420 472

Пасив	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	-	-
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	249 135	279 159
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	-	-
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	20 751	30 749
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Вилучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	269 886	309 908
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	-	-
Довгострокові забезпечення	1520	-	-
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	-	-
Цільове фінансування	1525	42 085	80 679
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	-	-
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань			
резерв збитків або резерв належних виплат	1532	-	-
резерв незароблених премій	1533	-	-
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Призовий фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	42 085	80 679
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями	1610	-	-
товари, роботи, послуги	1615	24	-
розрахунками з бюджетом	1620	89	-
у тому числі з податку на прибуток	1621	-	-
розрахунками зі страхування	1625	-	-
розрахунками з оплати праці	1630	420	-
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	-	-
Поточні забезпечення	1660	-	-
Доходи майбутніх періодів	1665	19 027	29 802
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	31	83
Усього за розділом III	1695	19 591	29 885
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	1700	-	-
Учиста вартість активів історичного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	331 562	420 472

Лариса
Миколаївна
ЕП Карманова
Антоніна
Григорівна

Головний бухгалтер

Андреева Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

1 Кодифікатор одиниць територіальних одиниць та територій територіальних громад.

2 Визначення в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері статистики.

Підприємство **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ"**

(найменування)

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)
за Рік 2022 Р.

Дата (рік, місяць, число)

за ЄДРПОУ

КОДИ

2023 01 01

ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО

Форма № 2 Код за ДКУД 1801003

І. ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	334 704	284 742
Чисті зароблені страхові премії	2010	-	-
премії підписані, валова сума	2011	-	-
премії, передані у перестраховування	2012	-	-
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	-	-
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	-	-
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(405 095)	(367 231)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	-	-
Валовий:			
прибуток	2090	-	-
збиток	2095	(70 391)	(82 489)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	-	-
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	-	-
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	-	-
Інші операційні доходи	2120	44 995	39 946
у тому числі:	2121	-	-
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(64)	(52)
Витрати на збут	2150	(-)	(-)
Інші операційні витрати	2180	(43 564)	(36 081)
у тому числі:	2181	-	-
витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності:			
прибуток	2190	-	-
збиток	2195	(69 024)	(78 676)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	-	-
Інші доходи	2240	80 834	79 265
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2250	(-)	(-)
Втрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(1 980)	(1 492)
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті	2275	-	-

Продовження додатка 2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	9 830	-
збиток	2295	(-)	(903)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	-	-
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	9 830	-
збиток	2355	(-)	(903)

II. СУКУПНИЙ ДОХІД

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Дооцінка (уцінка) необоротних активів	2400	-	-
Дооцінка (уцінка) фінансових інструментів	2405	-	-
Накопичені курсові різниці	2410	-	-
Частка іншого сукупного доходу асоційованих та спільних підприємств	2415	-	-
Інший сукупний дохід	2445	-	-
Інший сукупний дохід до оподаткування	2450	-	-
Податок на прибуток, пов'язаний з іншим сукупним доходом	2455	-	-
Інший сукупний дохід після оподаткування	2460	-	-
Сукупний дохід (сума рядків 2350, 2355 та 2460)	2465	9 830	(903)

III. ЕЛЕМЕНТИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Матеріальні затрати	2500	103 938	121 056
Витрати на оплату праці	2505	225 742	184 924
Відрахування на соціальні заходи	2510	49 227	40 804
Амортизація	2515	26 188	20 448
Інші операційні витрати	2520	43 564	36 081
Разом	2550	448 659	403 313

IV. РОЗРАХУНОК ПОКАЗНИКІВ ПРИБУТКОВОСТІ АКЦІЙ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Середньорічна кількість простих акцій	2600	-	-
Скоригована середньорічна кількість простих акцій	2605	-	-
Чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2610	-	-
Скоригований чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2615	-	-
Дивіденди на одну просту акцію	2650	-	-



Лариса
Миколаївна
ЕП Карманова
Антоніна
Григорівна

Андреева Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

Підприємство **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КІРОВОГРАДСЬКА
ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
(найменування)

Дата (рік, місяць, число)

КОДИ

2023 10 14

за період з 01.10.2023 по 14.10.2023

Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом)
за **Рік 2022** р.

Форма №3 Код за ДКУД **1801004**

Стаття	Код	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
I. Рух коштів у результаті операційної діяльності			
Надходження від:			
Реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	3000	333 218	277 854
Повернення податків і зборів	3005	-	-
у тому числі податку на додану вартість	3006	-	-
Цільового фінансування	3010	49 967	46 393
Надходження від отримання субсидій, дотацій	3011	-	-
Надходження авансів від покупців і замовників	3015	-	-
Надходження від повернення авансів	3020	-	-
Надходження від відсотків за залишками коштів на поточних рахунках	3025	-	-
Надходження від боржників неустойки (штрафів, пені)	3035	-	-
Надходження від операційної оренди	3040	-	-
Надходження від отримання роялті, авторських винагород	3045	-	-
Надходження від страхових премій	3050	-	-
Надходження фінансових установ від повернення позик	3055	-	-
Інші надходження	3095	122	771
Витрачання на оплату:			
Товарів (робіт, послуг)	3100	(95 290)	(103 953)
Праці	3105	(225 742)	(184 924)
Відрахувань на соціальні заходи	3110	(49 227)	(40 804)
Зобов'язань з податків і зборів	3115	(305)	(261)
Витрачання на оплату зобов'язань з податку на прибуток	3116	(-)	(-)
Витрачання на оплату зобов'язань з податку на додану вартість	3117	(-)	(-)
Витрачання на оплату зобов'язань з інших податків і зборів	3118	(-)	(-)
Витрачання на оплату авансів	3135	(-)	(-)
Витрачання на оплату повернення авансів	3140	(-)	(-)
Витрачання на оплату цільових внесків	3145	(-)	(-)
Витрачання на оплату зобов'язань за страховими контрактами	3150	(-)	(-)
Витрачання фінансових установ на надання позик	3155	(-)	(-)
Інші витрачання	3190	(4 702)	(4 979)
Чистий рух коштів від операційної діяльності	3195	8 041	-9 903
II. Рух коштів у результаті інвестиційної діяльності			
Надходження від реалізації:			
фінансових інвестицій	3200	-	-
необоротних активів	3205	-	-
Надходження від отриманих:			
відсотків	3215	-	-
дивідендів	3220	-	-
Надходження від деривативів	3225	-	-
Надходження від погашення позик	3230	-	-
Надходження від вибуття дочірнього підприємства та іншої господарської одиниці	3235	-	-
Інші надходження	3250	14 492	12 345

Витрачання на придбання фінансових інвестицій	3255	(-)	(-)
необоротних активів	3260	(14 492)	(12 345)
Виплати за деривативами	3270	(-)	(-)
Витрачання на надання позик	3275	(-)	(-)
Витрачання на придбання дочірнього підприємства та іншої господарської одиниці	3280	(-)	(-)
Інші платежі	3290	(-)	(-)
Чистий рух коштів від інвестиційної діяльності	3295	-	-
III. Рух коштів у результаті фінансової діяльності			
Надходження від:			
Власного капіталу	3300	-	-
Отримання позик	3305	-	-
Надходження від продажу частки в дочірньому підприємстві	3310	-	-
Інші надходження	3340	-	-
Витрачання на:			
Викуп власних акцій	3345	(-)	(-)
Погашення позик	3350	-	-
Сплату дивідендів	3355	(-)	(-)
Витрачання на сплату відсотків	3360	(-)	(-)
Витрачання на сплату заборгованості з фінансової оренди	3365	(-)	(-)
Витрачання на придбання частки в дочірньому підприємстві	3370	(-)	(-)
Витрачання на виплати неконтрольованим часткам у дочірніх підприємствах	3375	(-)	(-)
Інші платежі	3390	(-)	(-)
Чистий рух коштів від фінансової діяльності	3395	-	-
Чистий рух грошових коштів за звітний період	3400	8 041	-9 903
Залишок коштів на початок року	3405	3 988	13 891
Вплив зміни валютних курсів на залишок коштів	3410	-	-
Залишок коштів на кінець року	3415	12 029	3 988



Керівник

Головний бухгалтер

Лариса
МиколаївнаКарманова
Антоніна
Григорівна

Адресьва Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

Підприємство **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ"**

(найменування)

Дата (рік, місяць, число)

за ЄДРПОУ

КОДИ	
2023	01
ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО	

Звіт про власний капітал
за Рік 2022 р.

Форма №4

Код за ДКУД **1801005**

Стаття	Код ряд- ка	Зареє- строван- ний (пайовий) капітал	Капітал у дооцін- ках	Додат- ковий капітал	Резер- вний капітал	Нерозпо- ділений прибуток (непокри- тий збиток)	Нео- пла- чений капітал	Вилу- чений капітал	Всього
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Залишок на початок року	4000	-	-	249 135	-	20 751	-	-	269 886
Коригування: Зміна облікової політики	4005	-	-	-	-	-	-	-	-
Зиправлення помилок	4010	-	-	-	-	-	-	-	-
Інші зміни	4090	-	-	-	-	-	-	-	-
Скоригований зали- шок на початок року	4095	-	-	249 135	-	20 751	-	-	269 886
Чистий прибуток (збиток) за звітний період	4100	-	-	-	-	9 830	-	-	9 830
Інший сукупний дохід за звітний період	4110	-	-	-	-	-	-	-	-
Дооцінка (уцінка) необоротних активів	4111	-	-	-	-	-	-	-	-
Дооцінка (уцінка) фінансових інструментів	4112	-	-	-	-	-	-	-	-
Накопичені курсові різниці	4113	-	-	-	-	-	-	-	-
Частка іншого сукупного доходу асоційованих і спільних підприємств	4114	-	-	-	-	-	-	-	-
Інший сукупний дохід	4116	-	-	-	-	-	-	-	-
Розподіл прибутку: Виплати власникам (дивіденди)	4200	-	-	-	-	-	-	-	-
Спрямування прибутку до зареєстрованого капіталу	4205	-	-	-	-	-	-	-	-
Відрахування до резервного капіталу	4210	-	-	-	-	-	-	-	-
Сума чистого прибутку, належна до бюджету відповідно до законодавства	4215	-	-	-	-	-	-	-	-
Сума чистого прибутку на створення спеціальних (цільових) фондів	4220	-	-	-	-	-	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сума чистого прибутку на матеріальне заохочення	4225	-	-	-	-	-	-	-	-
Внески учасників: Внески до капіталу	4240	-	-	-	-	-	-	-	-
Погашення заборгованості з капіталу	4245	-	-	-	-	-	-	-	-
Вилучення капіталу: Викуп акцій (часток)	4260	-	-	-	-	-	-	-	-
Перепродаж викуплених акцій (часток)	4265	-	-	-	-	-	-	-	-
Анулювання викуплених акцій (часток)	4270	-	-	-	-	-	-	-	-
Вилучення частки в капіталі	4275	-	-	-	-	-	-	-	-
Зменшення номінальної вартості акцій	4280	-	-	-	-	-	-	-	-
Інші зміни в капіталі	4290	-	-	30 024	-	168	-	-	30 192
Придбання (продаж) неконтрольованої частки в дочірньому підприємстві	4291	-	-	-	-	-	-	-	-
Разом зміни в капіталі	4295	-	-	30 024	-	9 998	-	-	40 022
Залишок на кінець року	4300	-	-	279 159	-	30 749	-	-	309 908



Керівник

Половний бухгалтер

Лариса
Миколаївна
ЕП Карманова
Антоніна
Григорівна

Адресьва Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

Підприємство

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ"

(найменування)

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)
за Рік 2023 р.

Дата (рік, місяць, число)

за ЄДРПОУ

КОДИ

2024 01 01

ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО

I. ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Форма № 2 Код за ДКУД 1801003

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	403 990	334 704
Чисті зароблені страхові премії	2010	-	-
премії підписані, валова сума	2011	-	-
премії, передані у перестрахування	2012	-	-
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	-	-
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	-	-
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(493 134)	(405 095)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	-	-
Валовий:			
прибуток	2090	-	-
збиток	2095	(89 144)	(70 391)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	-	-
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	-	-
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	-	-
Інші операційні доходи	2120	52 971	44 995
у тому числі:	2121	-	-
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(173)	(64)
Витрати на збут	2150	(-)	(-)
Інші операційні витрати	2180	(50 386)	(43 564)
у тому числі:	2181	-	-
витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності:			
прибуток	2190	-	-
збиток	2195	(86 732)	(69 024)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	-	-
Інші доходи	2240	111 542	80 834
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2255	(-)	(-)
Втрати від участі в капіталі	2270	(2 218)	(1 980)
Інші витрати	2275	-	-
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті			

Продовження додатка 2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	22 592	9 830
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	-	-
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	22 592	9 830
збиток	2355	(-)	(-)

II. СУКУПНИЙ ДОХІД

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Дооцінка (уцінка) необоротних активів	2400	-	-
Дооцінка (уцінка) фінансових інструментів	2405	-	-
Накопичені курсові різниці	2410	-	-
Частка іншого сукупного доходу асоційованих та спільних підприємств	2415	-	-
Інший сукупний дохід	2445	-	-
Інший сукупний дохід до оподаткування	2450	-	-
Податок на прибуток, пов'язаний з іншим сукупним доходом	2455	-	-
Інший сукупний дохід після оподаткування	2460	-	-
Сукупний дохід (сума рядків 2350, 2355 та 2460)	2465	22 592	9 830

III. ЕЛЕМЕНТИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Матеріальні затрати	2500	146 364	103 938
Витрати на оплату праці	2505	261 504	225 742
Відрахування на соціальні заходи	2510	56 609	49 227
Амортизація	2515	28 657	26 188
Інші операційні витрати	2520	50 386	43 564
Разом	2550	543 520	448 659

IV. РОЗРАХУНОК ПОКАЗНИКІВ ПРИБУТКОВОСТІ АКЦІЙ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Середньорічна кількість простих акцій	2600	-	-
Скоригована середньорічна кількість простих акцій	2605	-	-
Чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2610	-	-
Скоригований чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2615	-	-
Дивіденди на одну просту акцію	2650	-	-

Керівник

Головний бухгалтер

Лариса

Миколаївна

Карманова

Антоніна

Григорівна

Андресва Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку 1 "Загальні вимоги до фінансової звітності"

ДОКУМЕНТ РЕВІДОВАНО

Підприємство **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"** Дата (рік, місяць, день) **2024 01 01**
Територія **КІРОВОГРАДСЬКА** за ЄДРПОУ **01994942**
Організаційно-правова форма господарювання **Комунальне підприємство** за КАТОТТГ **1**
Вид економічної діяльності **Діяльність лікарняних закладів** за КОПФГ **150**
Середня кількість працівників **2 8 659** за КВЕД **86.10**
Адреса, телефон **проспект Університетський, буд. 2/5, м. Кіровоградська обл., 25030** за КВЕД **397170**
Одиниця виміру: тис. грн. без десяткового знака (окрім розділу IV Звіту про фінансові результати (Звіту про сукупний дохід) (форма №2), грошові показники якого наводяться в гривнях з копійками)
Складено (зробити позначку "v" у відповідній клітинці):
за національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку ☐
за міжнародними стандартами фінансової звітності ☐

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на **31 грудня 2023** р.

Форма №1 Код за ДКУД **1801001**

А К Т И В	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	-	-
первісна вартість	1001	-	-
накопичена амортизація	1002	-	-
Незавершені капітальні інвестиції	1005	8 659	1 335
Основні засоби	1010	312 326	366 651
первісна вартість	1011	476 230	555 397
знос	1012	163 904	188 746
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції: які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	-	-
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	-	-
Відстрочені податкові активи	1045	-	-
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	-	-
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	-	-
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	320 985	367 986
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	87 215	101 079
виробничі запаси	1101	-	-
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестрахування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	239	203
Дебіторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	4	4
з бюджетом	1135	-	-
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	1155	-	-
Поточні фінансові інвестиції	1160	-	-
Гроші та їх еквіваленти	1165	12 029	7 213
готівка	1166	2	3
рахунки в банках	1167	12 027	7 210
Витрати майбутніх періодів	1180	-	-
Частка перестраховика у страхових резервах			
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	-	-

резервах незароблених премій	1183	-	-
інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	99 487	108 499
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	420 472	476 485

Пасив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	-	-
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	279 159	306 107
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	-	-
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	30 749	53 341
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Видучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	309 908	359 448
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	-	-
Довгострокові забезпечення	1520	-	-
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	-	-
Цільове фінансування	1525	80 679	76 847
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	-	-
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань			
резерв збитків або резерв належних виплат	1532	-	-
резерв незароблених премій	1533	-	-
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Призовий фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	80 679	76 847
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями	1610	-	-
товари, роботи, послуги	1615	-	-
розрахунками з бюджетом	1620	-	-
у тому числі з податку на прибуток	1621	-	-
розрахунками зі страхування	1625	-	-
розрахунками з оплати праці	1630	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	7 694
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	-	-
Поточні забезпечення	1660	-	-
Доходи майбутніх періодів	1665	29 802	32 413
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	83	83
Усього за розділом III	1695	29 885	40 190
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	1700	-	-
Чиста вартість активів недержавного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	420 472	476 485

Керівник

Головний бухгалтер

ЕП Андрєсва
Лариса
Миколаївна
ЕП Карманова
Антоніна
Григорівна

Андрєсва Лариса Миколаївна

Карманова Антоніна Григорівна

¹ Коэффициент административно-территориальных единиц та территорий территориальных громад.

² Визначається в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері статистики.

Ivan Zavorotnii

Development of measures to optimise the provision of medical services to enterprise.docx

 Central Ukrainian National Technical University

Document Details

Submission ID

trn:oid::2945:255591740

Submission Date

Dec 14, 2024, 8:35 PM GMT+2

Download Date

Dec 14, 2024, 8:52 PM GMT+2

File Name

Zavorotnii Ivan EP-23m Development of measures to optimise the provision of medical services....docx

File Size

1.7 MB

97 Pages

15,366 Words

112,086 Characters

20% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

- 12%  Internet sources
- 4%  Publications
- 18%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.