

Центральноукраїнський національний технічний університет
Економічний факультет
Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри фінансів,
банківської справи та
страхування
д.е.н., професор
Володимир
СИБІРЦЕВ
«_____» _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за другим (магістерським) рівнем вищої освіти
на тему:

**«Удосконалення системи фінансування закладів охорони
здоров'я»**

Виконала: здобувачка вищої освіти 2 курсу, групи ФС-23М ОПП «Фінанси, банківська справа та страхування» спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

_____ ***ТРЕТЯК Марина Олександрівна***

Керівник роботи: кандидат економічних наук, доцент кафедри фінансів, банківської справи та страхування

_____ ***ПОДПЛЕТНІЙ Валерій Володимирович***

Рецензент: кандидат економічних наук, доцент кафедри економічної теорії, маркетингу та економічної кібернетики

_____ ***НІКОЛАЄВ Ігор Володимирович***

м. Кропивницький

Завідувачу кафедри фінансів, банківської
справи та страхування

Сибірцеву В.В.

здобувачки вищої освіти економічного
факультету групи ФС-23М

(ОПП «Фінанси, банківська справа та
страхування» спеціальності 072 «Фінанси,
банківська справа, страхування та
фондовий ринок»)

Третяк Марини Олександрівни

ЗАЯВА

Прошу дозволити мені виконати кваліфікаційну роботу за другим
(магістерським) рівнем вищої освіти на тему: «Удосконалення системи
фінансування закладів охорони здоров'я»

«___» _____ 20__ р.

(підпис)

Погоджено:

Керівник кваліфікаційної роботи:

_____ канд. екон. наук, **Подплетний Валерій Володимирович**
(підпис)

«___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри фінансів, банківської справи та страхування:

_____ док. екон. наук, професор **Сибірцев Володимир Васильович**
(підпис)

«___» _____ 20__ р.

Центральноукраїнський національний технічний університет
Факультет економічний
Кафедра фінансів, банківської справи та страхування
Рівень вищої освіти другий (магістерський) рівень
Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»
Спеціальність 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»
Освітньо-професійна програма «Фінанси, банківська справа та страхування»

ЗАТВЕРДЖУЮ
 завідувач кафедри
Володимир СИБІРЦЕВ

«__» _____ 2024 року

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

Третяк Марини Олександрівни

(прізвище та ініціали)

1. Тема роботи «Удосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я»

(назва)

2. Керівник роботи Подплітній Валерій Володимирович

(прізвище та ініціали, науковий ступінь, вчене звання)

канд. екон. наук, доцент

3. Строк подання роботи до захисту _____

4. Мета та завдання кваліфікаційної роботи

Метою випускної кваліфікаційної роботи є наукове обґрунтування теоретичних положень і прикладних аспектів формування та ефективного використання фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, а також розробка напрямів удосконалення управління цими ресурсами. Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання: дослідити основні принципи функціонування закладів охорони здоров'я; вивчити теоретичні основи управління фінансовими ресурсами медичних установ; проаналізувати нормативно-правову базу, що регулює діяльність закладів охорони здоров'я; визначити сутність процесу автономізації закладів охорони здоров'я; дослідити алгоритм трансформації комунального закладу в комерційне неприбуткове підприємство; надати загальну організаційну та медичну характеристику КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради; здійснити аналіз ключових показників діяльності зазначеного закладу; дослідити організаційний механізм автономізації КНП «Центральна міська лікарня» та оцінити ефективність управління ним; запропонувати напрями вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реорганізації.

5. Консультанти розділів роботи

Розділ (Додатки)	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Складання плану дослідження	жовтень 2024 р.	
2.	Підбір та вивчення літературних джерел за темою кваліфікаційної роботи	жовтень 2024 р.	
3.	Підготовка та подання керівнику: - першого розділу - другого розділу - третього розділу - вступу та висновків	жовтень 2024 р. листопад 2024 р. листопад 2024 р. листопад 2024 р.	
4.	Подання робочого варіанту роботи керівнику	грудень 2024 р.	
5.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	грудень 2024 р.	
6.	Нормо-контроль секретаря ЕК, перевірка на академічну доброчесність	грудень 2024 р.	
7.	Відгук керівника	грудень 2024 р.	
8.	Рецензування роботи. Підготовка документів, що подаються до ЕК (листи, довідки, інформаційний листок, висновок-виписки, опубліковані статті).	грудень 2024 р.	
9.	Подання роботи завідувачу кафедри на допуск до захисту	грудень 2024 р.	
10.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень завідувача кафедри	грудень 2024 р.	
11.	Подання роботи та супровідних документів до ЕК	грудень 2024 р.	
12.	Захист роботи	грудень 2024 р.	

Дата видачі завдання:

«__» _____ 20__ р.

В.В. _____

(підпис керівника)

_____ Подплетній

(прізвище та ініціали)

Завдання прийнято до виконання:

«__» _____ 20__ р.

(підпис здобувача)

_____ Третяк М.О.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Третяк М.О. Удосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я. Рукопис.

Кваліфікаційна робота за другим (магістерським) рівнем вищої освіти за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок». – Центральноукраїнський національний технічний університет, Кропивницький, 2024.

У роботі досліджено теоретичні та методичні основи системи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я. Поглиблено сутність фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, визначено їх структуру, специфічні риси та охарактеризовано фактори впливу на формування. Досліджено особливості автономізації лікувально-профілактичних закладів.

Проаналізовано абсолютні та відносні показники КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради». Досліджено особливості діяльності закладу; розглянуто організаційну структуру КНП «Центральна міська лікарня», включаючи стаціонар та поліклініку; здійснено аналіз стану управління КНП «Центральна міська лікарня» в період реформації.

Розроблено пропозиції стосовно вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Запропоновано модель фінансового забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я; доведено необхідність формування Інвестиційного фонду з метою фінансування процесів створення медичних інновацій; обґрунтовано необхідність створення відділення легеневої терапії з кабінетом променевої діагностики на базі КНП «Центральної міської лікарні» Кропивницької міської ради.

Ключові слова: система охорони здоров'я, державна політика, державне регулювання, заклад охорони здоров'я, управління закладом охорони здоров'я, автономізація, пандемія, модель фінансування.

ANNOTATION

Tretyak M.O. Improving the system of financing health care institutions. – Manuscript.

Final qualification work on degree of the second (master's) level of higher education in the specialty 072 «Finance, Banking, Insurance and Stock Market». – Central Ukrainian National Technical University, Kropyvnytskyi, 2024.

The paper investigates the theoretical and methodological foundations of the system of financial support of health care institutions. The essence of financial resources of health care institutions is deepened, their structure, specific features and factors of influence on formation are defined. Peculiarities of autonomy of treatment-and-prophylactic establishments are investigated.

The absolute and relative indicators of the Municipal Non-Profit Enterprise "Central City Hospital" of the Kropyvnytskyi City Council" were analyzed. The peculiarities of the institution's activity are investigated; the organizational structure of the Central City Hospital was considered, including the hospital and the polyclinic; the analysis of the state of management of KNP "Central city hospital" in the period of reformation is carried out.

Proposals have been developed to improve the management of financial resources of health care facilities. A model of financial support for the development of health care facilities is proposed; the necessity of formation of the Investment fund for the purpose of financing of processes of creation of medical innovations is proved; the necessity of creation of department of pulmonary therapy with an office of radiological diagnostics on the basis of Municipal Non-Profit Enterprise "Central City Hospital" of the Kropyvnytskyi City Council" is substantiated.

Keywords: health care system, government policy, government regulation, health care facility, health facility management, autonomy, pandemic, funding model.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ.....	8
1.1. Основи функціонування закладів охорони здоров'я	8
1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я	17
1.3. Автономізація лікувально-профілактичних закладів	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КНП «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ».....	31
2.1. Загальна характеристика КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»	31
2.2. Аналіз економічних показників діяльності закладу.....	45
2.3. Аналіз матеріального забезпечення діяльності КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» в період реформування	57
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	64
3.1. Фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я....	64
3.2. Обґрунтування створення відділення легеневої терапії з кабінетом променевої діагностики на базі КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради».....	74
3.3. Рекомендації щодо структури та організації ефективної роботи новоствореного відділення.....	87
ВИСНОВКИ.....	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	100
ДОДАТКИ.....	106

ВСТУП

Актуальність теми. Забезпечення населення доступними та якісними медичними послугами, а також ефективне функціонування закладів охорони здоров'я наряду залежать від достатнього обсягу фінансових ресурсів. Однак, незважаючи на зростання обсягів фінансування галузі, суттєвих покращень у її роботі не відбувається. Законодавчо задекларована безоплатна медична допомога все частіше замінюється платними послугами, що обмежує доступ громадян до медицини та перешкоджає повній реалізації їхнього права на охорону здоров'я. У цих умовах нагальним завданням стає реформування управлінських та економічних основ вітчизняної системи охорони здоров'я з урахуванням сучасних потреб суспільства. Одним із ключових чинників розвитку системи є вирішення проблем ефективного управління галуззю, зокрема шляхом наукового обґрунтування та розробки механізмів державного управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Вищезазначене підкреслює важливість дослідження теоретичних засад і практичних аспектів формування та використання фінансових ресурсів у медичних установах. Особливого значення набуває визначення пріоритетних напрямів реформування фінансового управління в цих інституціях для досягнення їхньої ефективності та доступності.

В Україні дослідження теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я представлені в працях таких науковців, як В. Андрущенко, О. Василик, В. Войцехівський, В. Галайда, Д. Карамишев, Н. Карпишин, О. Кириленко, С. Кондратюк, В. Куценко, Н. Лакіза-Савчук, В. Лехан, С. Михайленко, Опарін, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий, Г. Трілленберг, О. Тулай, Юрій та інші. Серед зарубіжних учених варто відзначити роботи Т. Акімової, А. Малагардіса, Г. Поляка, Р. Салтмана, В. Семенова, Л. Трушкіної, І. Шеймана та інших.

Проте, у наукових розробках цих дослідників недостатньо висвітлено питання застосування комплексного підходу до фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Це підкреслює актуальність, а також теоретичну й практичну значущість даного наукового дослідження.

Об'єкт дослідження: процес фінансового забезпечення розвитку установ охорони здоров'я.

Предмет дослідження: теоретичні засади, методичні підходи та практичні рекомендації щодо фінансового забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я в умовах економічної динаміки.

Мета і завдання дослідження. Метою випускної кваліфікаційної роботи є наукове обґрунтування теоретичних положень і прикладних аспектів формування та ефективного використання фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, а також розробка напрямів удосконалення управління цими ресурсами.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- дослідити основні принципи функціонування закладів охорони здоров'я;
- вивчити теоретичні основи управління фінансовими ресурсами медичних установ;
- проаналізувати нормативно-правову базу, що регулює діяльність закладів охорони здоров'я;
- визначити сутність процесу автономізації закладів охорони здоров'я;
- дослідити алгоритм трансформації комунального закладу в комерційне неприбуткове підприємство;
- надати загальну організаційну та медичну характеристику КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради;
- здійснити аналіз ключових показників діяльності зазначеного закладу;
- дослідити організаційний механізм автономізації КНП «Центральна

міська лікарня» та оцінити ефективність управління ним;

– запропонувати напрями вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реорганізації.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та виконання завдань у роботі використано такі методи: морфологічний аналіз – для уточнення понятійно-категоріального апарату, зокрема визначення сутності понять «заклад охорони здоров'я» та «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я»; метод систематизації – для аналізу та визначення структури фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я; логіко-аналітичний аналіз – для розробки концептуальних підходів до фінансового забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я; експертний та розрахунково-аналітичний аналіз – для оцінки рівня розвитку закладів охорони здоров'я; логіко-діалектичний аналіз – для розкриття механізмів забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я; метод аналогії – для формування пропозицій щодо вдосконалення фінансового забезпечення ЗОЗ.

Інформаційна база дослідження включає закони та підзаконні нормативно-правові акти України, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я, публікації провідних вітчизняних і зарубіжних науковців, монографії, присвячені розвитку підприємств соціальної інфраструктури та медичних закладів, фінансову і статистичну звітність КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради, а також ресурси Інтернету.

Наукова цінність випускної кваліфікаційної роботи полягає у систематизації теоретичних підходів до фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я. На основі аналізу їх переваг і недоліків сформульовано авторське бачення етапів впровадження багатоканальної системи фінансування галузі, що передбачає розвиток системи обов'язкового медичного страхування. Це сприятиме створенню нової моделі охорони здоров'я, адаптованої до ринкових умов, формуванню сучасної медичної інфраструктури та запровадженню прозорих механізмів правових, соціально-економічних і фінансових взаємовідносин між виробниками та споживачами

медичних послуг. Такий підхід спрямований на підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я та забезпечення альтернативних джерел її фінансування.

У роботі запропоновано модель фінансового забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я, яка відрізняється від існуючих завдяки впровадженню Інвестиційного фонду розвитку. Ця модель визначає перспективні джерела та інструменти фінансування для підтримки створення медичних інновацій, що сприятиме залученню необхідних фінансових ресурсів для своєчасної реалізації проектів розвитку закладів охорони здоров'я.

Практична значимість отриманих результатів полягає в обґрунтуванні доцільності створення відділення легеневої терапії з кабінетом променевої діагностики на базі КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради. Розроблено поетапний механізм оснащення відділення сучасним медичним обладнанням, меблями та іншими необхідними засобами, а також здійснено розрахунок орієнтовного річного фонду оплати праці працівників цього відділення.

Апробація результатів дослідження. Наукові положення основних результатів дослідження та їх практичне застосування обговорювались Всеукраїнській науково-практичній конференції «Фінансово-кредитний механізм розвитку економіки та соціальної сфери (28 листопада 2024 р).

Публікації. Основні положення роботи викладені у 1 науковій публікації обсягом 3 сторінки друкованого тексту.

Обсяг та структура випускної кваліфікаційної роботи. Логіка та методика дослідження обумовили структуру роботи, яка складається з трьох розділів, вступу та висновків, викладених на 106 сторінках, списку використаних джерел з 50 найменувань, 3 додатків, 13 таблиць на 12 сторінках, 7 рисунків на 7 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ

1.1. Основи функціонування закладів охорони здоров'я

На сьогодні вітчизняна система охорони здоров'я опинилася в складній ситуації. З одного боку, вона проходить етап реформування, з іншого – зіштовхується з викликами пандемії.

За даними Урядового порталу [17], середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні становить 72 роки, що на 9 років менше, ніж у країнах ЄС, де цей показник досягає 81 року. Крім того, Україна посідає перше місце в Європі за поширеністю катастрофічних витрат, пов'язаних із медичними послугами, що значно впливає на фінансовий стан сімей пацієнтів. Зокрема, 99% витрат на лікарські засоби покриваються за рахунок власних коштів громадян.

Проблеми галузі включають низьку тривалість життя населення, недовіру до професійної кваліфікації медичного персоналу, невдоволення якістю медичних послуг, високу вартість лікування, застаріле обладнання та довгі черги. Уряд визначив ключові напрями розвитку системи охорони здоров'я, з акцентом на діяльність медичних закладів як основи надання послуг.

Заклади охорони здоров'я, які є основними провайдерами медичних послуг, зазнають найбільшого навантаження в умовах поточних викликів. Управління установами соціального сектору має свою специфіку, яка відрізняється від типового менеджменту комерційних підприємств. Це робить актуальним аналіз особливостей функціонування закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 3), заклад охорони здоров'я визначається як «юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, або її відокремлений підрозділ, що надає медичні послуги населенню на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних або фармацевтичних працівників» [25].

Незалежно від форми власності та типу господарювання, всі організації мають спільні характеристики, серед яких:

- визначена мета діяльності;
- трудові ресурси (персонал);
- організаційна структура.

Для більшості підприємств метою діяльності є досягнення стратегічних і тактичних завдань, які забезпечують високу конкурентоспроможність, ефективне функціонування та максимізацію прибутку.

Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) мають іншу мету, яка кардинально відрізняється від цілей типових комерційних організацій. Прибутковість для ЗОЗ є лише проміжним етапом у досягненні їхньої основної місії.

Цілі організацій охорони здоров'я зосереджені у кількох ключових напрямках:

- соціальна відповідальність – поліпшення здоров'я населення;
- надання медичних послуг – забезпечення доступного та якісного обслуговування;
- турбота про персонал – задоволення потреб і забезпечення добробуту працівників;
- генерування прибутків (для комерційних ЗОЗ) – не як самоціль, а як інструмент для гарантування високої якості медичних послуг, які надаються пацієнтам [3].

Мета організації нерозривно пов'язана з її місією, яка визначає роль організації та основну ідею її існування. Місія відображає цінності організації та впливає на формування її іміджу. На її основі визначаються

стратегічні цілі, будується корпоративна культура і окреслюється напрямок розвитку. Місія зазвичай формулюється на початковому етапі створення організації, має чітке формулювання та відображає головну ідею її діяльності.

На думку Баєвої О.В., місія закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) реалізується через наступні аспекти:

- визначення головної цілі, досягнення якої є пріоритетом;
- дотримання цінностей, які заклад сповідує;
- задоволення потреб населення у медичних послугах;
- спектр послуг або продукції, які надає заклад (медичні, парамедичні, сервіси, лікарські засоби, товари медичного призначення, медична техніка тощо);
- використання сучасних лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних технологій;
- визначення ринків для реалізації своїх послуг або продукції;
- дотримання деонтологічних, біоетичних та морально-етичних принципів діяльності [3].

Місія слугує інтегруючим елементом, який об'єднує всі сфери діяльності організації: медичну, фінансову, технічну, інформаційну та кадрову.

Ключову роль у досягненні цілей організації відіграє персонал, який є основним людським ресурсом для генерації та реалізації інноваційних ідей і технологій. Працівники виконують як управлінські, так і виконавчі функції. Організація, що прагне до сталого розвитку, повинна ефективно використовувати свої трудові ресурси, приділяючи особливу увагу вдосконаленню кадрової політики. Це включає підвищення кваліфікації, професійне зростання, створення можливостей для кар'єрного розвитку, матеріальне та нематеріальне стимулювання, а також забезпечення соціального захисту.

Кадрова політика в системі охорони здоров'я є основним напрямом

управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я на регіональному рівні. Вона формується на основі системи теоретичних концепцій, ідей, правил, імперативів і практичних методів, які визначаються центральними та регіональними органами державної влади [10, с. 83].

Організаційна структура закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) має ієрархічну будову, яка охоплює підрозділи, необхідні для забезпечення належного виконання завдань із надання медичних послуг населенню. Як правило, така структура є традиційною та включає чітко прописані функціональні обов'язки, положення щодо діяльності кожного підрозділу й інструкції для персоналу [2, с. 100].

Таким чином, ЗОЗ є складною соціально-економічною системою зі специфічною місією та метою, чіткою організаційною структурою і висококваліфікованим медичним персоналом. Для ефективної діяльності заклад використовує фінансові, технічні та інформаційні ресурси, що потребують належного менеджменту.

Основні особливості функціонування закладів охорони здоров'я:

1. Складність оцінки якості роботи як окремих медичних працівників, так і закладу загалом.
2. Потреба у чіткій координації діяльності:
 - між окремими медичними працівниками (лікар – лікар, лікар – медична сестра, медична сестра – медична сестра);
 - між підрозділами та службами закладу [2, с. 100].
3. Високий рівень спеціалізації та професіоналізму, необхідний для виконання медичних завдань.
4. Висока ціна помилки, яка може мати значний вплив на життя та здоров'я пацієнтів.
5. Невідкладний характер роботи, що вимагає швидкого реагування на ситуації.
6. Дотримання чітких протоколів дій медичного персоналу.
7. Робота в екстрених умовах, коли рішення необхідно приймати в

стислі терміни.

Ці особливості визначають унікальність управління та функціонування закладів охорони здоров'я, що вимагає високого рівня організації та професіоналізму від усіх учасників процесу.

Виконання функцій медичного закладу ускладнюється через постійні зміни умов, у яких він працює. Це вимагає від менеджменту ЗОЗ розвивати здатність адаптуватися до коливань факторів, що впливають як із зовнішнього, так і з внутрішнього середовища.

Будь-яка організація функціонує в контексті певного політичного, правового, соціально-економічного, інформаційного та техніко-технологічного середовища. Уміння розуміти динамічність цих факторів і швидко адаптуватися до змін є ключовою умовою для ухвалення ефективних управлінських рішень.

Таким чином, як приватні, так і державні ЗОЗ здійснюють свою діяльність, спираючись на вплив зовнішнього середовища, яке можна умовно поділити на фактори прямого та опосередкованого впливу. Характеристика цих факторів наведена на рис. 1.1.

Сучасне зовнішнє середовище для національних ЗОЗ має низку специфічних рис:

- активні інтеграційні процеси;
- реформування системи охорони здоров'я;
- автономізація ЗОЗ;
- залежність від світової економіки;
- вплив пандемії;
- відсталість або складний доступ до медичних інновацій;
- відсутність чітких орієнтирів для вибору напрямків розвитку;
- недоліки у розвитку фармацевтичного ринку;
- недовіра з боку населення;
- брак стратегічної інформації тощо.

У таких умовах система медичного обслуговування повинна враховувати

перелічені особливості, спрямовуючи свої зусилля на прискорення адаптації ЗОЗ до цих змін. Моніторинг факторів впливу, планування та контроль змін, що здійснюються аналітичними відділами ЗОЗ, дозволяють ефективно управляти цими процесами.

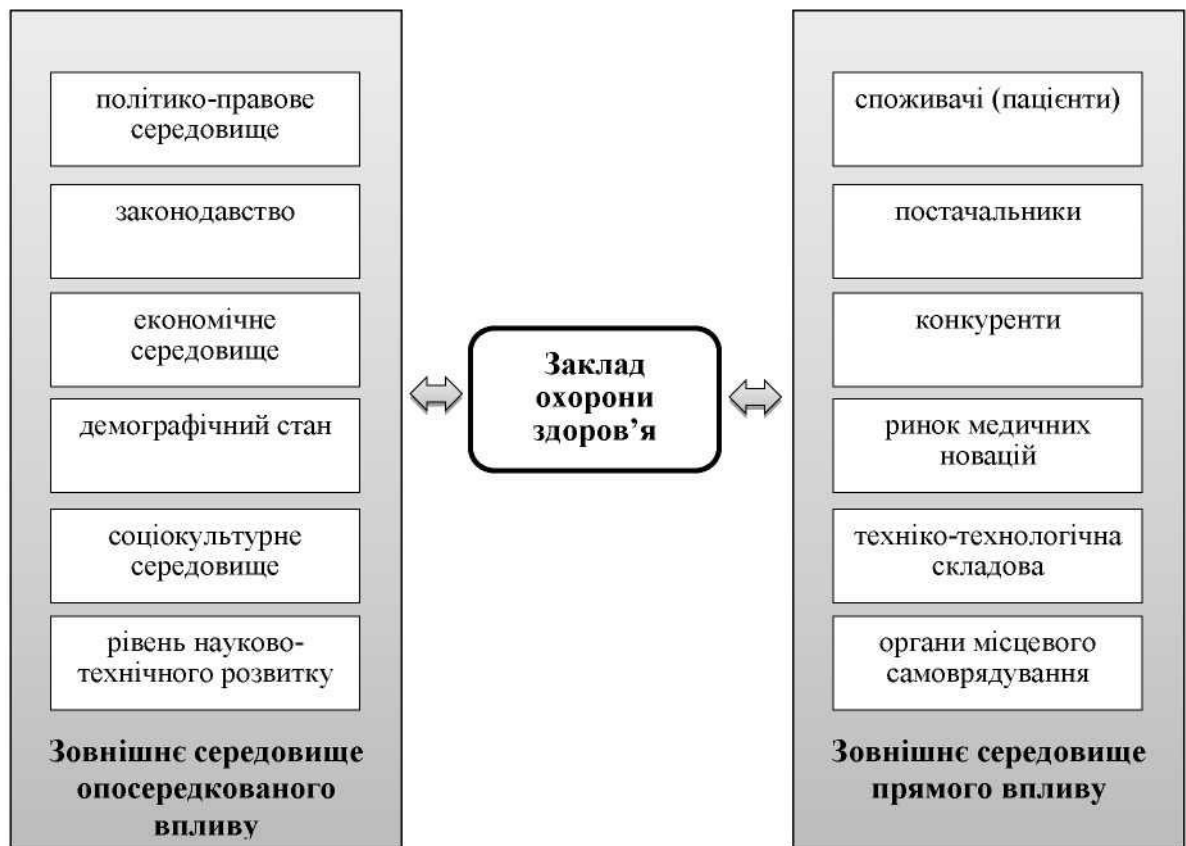


Рис. 1.1 Чинники зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я

Джерело: [3, 37]

Кожен ЗОЗ функціонує в конкретному зовнішньому середовищі й забезпечує свою діяльність через постійну взаємодію з його елементами. Обмеження ресурсів або порушення зв'язків можуть вичерпати потенціал організації та спричинити негативні наслідки для її роботи. Тому при розробці стратегії, зміні або побудові організаційної структури, а також у питаннях взаємодії з конкурентами та споживачами необхідно враховувати специфіку зовнішнього середовища.

Особливу увагу слід приділити такому фактору зовнішнього впливу, як конкуренція між ЗОЗ.

За часів адміністративно-командної системи, коли фінансування

медичних закладів здійснювалося виключно за рахунок державного бюджету, поняття конкуренції між ними взагалі не існувало. Проте в останні роки система охорони здоров'я зазнає значних змін: функціонування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) почало базуватися на економічних методах управління, а конкуренція як між медичними послугами, так і між закладами набуває дедалі більшого значення. Додатково до цього конкурентну боротьбу загострює зростання популярності приватної медицини.

Заклад охорони здоров'я вважається конкурентоспроможним, якщо він має переваги у порівнянні з іншими закладами, що надають аналогічні послуги. Конкурентоспроможність ЗОЗ є інтегральним показником, який залежить від його позицій за такими параметрами:

- конкурентоспроможність медичних послуг, які надає заклад;
- конкурентоспроможність медичного персоналу.

До основних чинників, які визначають конкурентоспроможність ЗОЗ, належать:

1. Медична ефективність – здатність максимально задовольняти потреби пацієнтів шляхом надання широкого спектра якісних медичних послуг.

2. Адміністративна ефективність – ефективне управління адміністративними, фінансовими, кадровими, інформаційними та комунікаційними процесами на рівні закладу та його підрозділів.

3. Економічна ефективність – оптимізація використання ресурсів для надання медичної допомоги з мінімізацією марнотратства.

4. Безпечність – надання медичної допомоги, яка зводить до мінімуму ризику для пацієнтів, включно з попередженням запобіжних травм і зменшенням імовірності медичних помилок.

5. Результативність – досягнення найкращих клінічних результатів завдяки впровадженню науково обґрунтованих методів і принципів доказової медицини.

6. Своєчасність – скорочення часу очікування для пацієнтів і

мінімізація затримок у наданні медичних послуг, забезпечення черговості та пріоритетності у лікуванні.

7. Забезпечення рівності – надання медичних послуг незалежно від статі, раси, національності, місця проживання, соціально-економічного статусу чи інших факторів, включно з викоріненням упередженого ставлення або привілеїв.

Ці критерії є ключовими для підвищення конкурентоспроможності медичних закладів і створення умов для їхнього сталого розвитку в умовах ринкової конкуренції [22].

Галузь охорони здоров'я відзначається високим рівнем впровадження інновацій. Проте, попри успішну конкуренцію у запровадженні нових медичних технологій, які значно покращують якість медичної допомоги, їхній вплив на зниження витрат є мінімальним. Основні закони конкурентної боротьби часто не діють, що стримує ЗОЗ від впровадження сучасних методів лікування, модернізації обладнання та підвищення рівня обслуговування пацієнтів.

Щодо цінової політики, ситуація залишається несприятливою. Навіть за умов перенасичення ринку пропозицією медичних послуг, ціни залишаються високими. Вартість медичних технологій також залишається значною, навіть за їх широкого використання [2, с. 106].

Ця ситуація є типовою для державних ЗОЗ, де кількість пацієнтів може збільшуватися без зміни вартості послуг, що нерідко призводить до зниження якості медичної допомоги. У той же час приватні медичні заклади регулюються ринковими механізмами ціноутворення, що дозволяє їм більш гнучко впливати на попит і формувати конкурентну пропозицію своїх послуг.

Методи управління в системі охорони здоров'я, попри поступовий перехід до ринкових умов, часто залишаються застарілими або механічно запозиченими з європейських моделей без урахування специфіки національної системи. Як старі, так і нові, але неадаптовані методи

управління є неефективними й не відповідають актуальним завданням, що стоять перед сучасною системою охорони здоров'я.

Наявність висококваліфікованого медичного персоналу є ключовою умовою для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги населенню. Однак ефективний менеджмент ЗОЗ має базуватися не лише на сучасних методах управління, а й на використанні сучасних інформаційних технологій, які є необхідними для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Діджиталізація процесів у медичній сфері визначена одним із пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

На даний момент триває адаптація до впровадженої електронної системи охорони здоров'я eHealth, яка є основою для автоматизації обліку медичних послуг і управління медичною інформацією. Проте недостатнє забезпечення робочих місць лікарів комп'ютерною технікою суттєво ускладнює швидке та повноцінне впровадження цієї системи.

Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) супроводжується масштабними змінами у способах управління лікувальними закладами, фінансуванні медичних послуг та обслуговуванні пацієнтів. Основна мета інформатизації та використання eHealth – це оптимізація інформаційного обміну за допомогою електронних технологій для підтримки надання медичних послуг і управління системами охорони здоров'я. На рівні лікаря та пацієнта це передбачає забезпечення швидкого доступу медичного персоналу до всієї необхідної інформації про пацієнта незалежно від медичного закладу, де ця інформація була створена [35].

Система управління ЗОЗ в Україні потребує модернізації відповідно до сучасних вимог ринку медичних послуг. Реформування галузі охорони здоров'я та процес автономізації ЗОЗ вимагають від управлінців стратегічного підходу та впровадження сучасних методів і технологій управління фінансовими, трудовими, технічними та інформаційними ресурсами медичних провайдерів.

1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

В Україні, як і в більшості країн світу, охорона здоров'я визнана одним із пріоритетних напрямів діяльності держави, який має надзвичайно важливе соціальне, економічне та суспільне значення. Оскільки якість медичного обслуговування та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами та ефективності їх використання, ця система завжди потребує великих ресурсних вкладень. Це означає, що проблеми ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я завжди актуальні для держави, для всього суспільства та кожного громадянина.

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я. Згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я: «це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [18].

Медична галузь — найбільш чутлива соціальна, політична та економічна сфера будь-якої держави, що є частиною національної культури й має відношення до всього суспільства.

Система охорони здоров'я в Україні в організаційному сенсі являє собою комплексну систему, яка повинна ґрунтуватися на принципах ефективної взаємодії багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та

відомств.

Важливо підкреслити, що в економічному вимірі стан, ефективність і перспективи розвитку галузі охорони здоров'я значною мірою визначаються рівнем її фінансового забезпечення.

Фінансове забезпечення є ключовим чинником, що впливає на розвиток медичної сфери та її соціально-економічну ефективність. Кожна держава прагне вдосконалити існуючу систему шляхом реформ, спрямованих на покращення здоров'я населення, підвищення ефективності роботи лікувально-профілактичних установ і оптимізацію використання ресурсів [23, с. 178].

У економічній літературі термін «фінансове забезпечення» використовується досить широко. Аналіз різних підходів до визначення сутності цього поняття дозволяє виокремити основні позиції науковців, які представлені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Науково-методичні підходи до трактування поняття «фінансове забезпечення» [34]

Автор	Визначення поняття
В. Опарін	Фінансове забезпечення — це: «Структурна підсистема фінансово-кредитного механізму, система джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства»
О. Романенко	Фінансове забезпечення — це: Фінансовий метод (яким також є фінансове планування, оперативне управління, фінансовий контроль, фінансове регулювання). Фінансові методи віднесені до основних елементів фінансового механізму.
В. Федосов	Фінансове забезпечення — це: «Система джерел і форм фінансування розвитку економічної і соціальної сфери».
О. Кириленко	Фінансове забезпечення — це: «Один із методів фінансового механізму, покликаною забезпечувати розподільчі та перерозподільчі процеси з метою утворення доходів і фондів коштів».
Я. Буздуган	Фінансове забезпечення — це: «Метод фінансового механізму, за допомогою якого формують і використовують фонди коштів і який характеризує зміст впливу фінансів на різні аспекти розвитку суспільства»
С. Юрій	Фінансове забезпечення — це: «Формування цільових грошових фондів суб'єктів господарювання в достатньому розмірі та їхнє ефективне використання».

Сутність фінансового забезпечення переважно визначається залежно від того, на який аспект фінансової діяльності — макро- чи мікрорівень — звертає увагу конкретний дослідник.

У світовій практиці для фінансування закладів охорони здоров'я використовуються такі методи, як кошторисний, програмно-цільовий та оплата за надані медичні послуги. В Україні основними методами залишаються кошторисний і програмно-цільовий підходи [10, с. 221].

Кошторисне фінансування передбачає виділення коштів на утримання закладів, виконання певних програм або реалізацію конкретних заходів на основі спеціального фінансового документа — кошторису [4, с. 309].

Цей метод фінансування є традиційним і найпоширенішим в Україні. Серед його переваг можна виділити можливість точного прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контроль за цільовим використанням коштів і обмеження їх максимального розміру. Затверджені МОЗ нормативи визначають структуру фінансування окремих закладів, таких як поліклініки та лікарні.

Водночас кошторисне фінансування має значні недоліки, коли виникає потреба у стимулюванні ефективності та результативності. По-перше, цей метод не дозволяє оперативно змінювати розміри фінансування у разі необхідності збільшення або зменшення обсягів робіт, а також маневрувати коштами. Це обмежує управлінську гнучкість керівництва закладів охорони здоров'я, унеможлиблює скорочення неефективних видатків і впровадження інновацій, які не передбачені типовими нормативами.

По-друге, кошторисне фінансування позбавлене стимулів для покращення якості роботи закладу. Фінансування не залежить ні від кількості, ні від якості наданих послуг, а гроші виділяються виключно на основі факту існування установи. Заробітна плата персоналу залежить лише від виходу на роботу та відпрацьованого часу в межах відповідних статей кошторису [13].

Цей метод передбачає чітке визначення об'єктів, цілей фінансування та необхідних ресурсів, що дозволяє мінімізувати ризики нецільового використання бюджетних коштів. Він орієнтований на результативне використання фінансів і вимагає персональної відповідальності керівників закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних показників бюджетних програм. Головною перевагою програмно-цільового фінансування є його комплексний підхід до реалізації програм.

Як зазначають С. І. Юрій, В. І. Стоян та О. С. Даневич: «основними характеристиками цього методу є: орієнтація на досягнення конкретних результатів; можливість оцінки наслідків бюджетних рішень ще на етапі їх ухвалення; підвищення відповідальності за використання бюджетних коштів; проведення детального аналізу витрат на основі показників результативності; забезпечення прозорості бюджетного процесу» [29, с. 59].

Водночас серед недоліків програмно-цільового методу фінансування виділяється його залежність від залишкового принципу. У разі нестачі бюджетних коштів у першу чергу призупиняється фінансування саме цільових програм, що може негативно вплинути на їх реалізацію.

Фінансування у формі оплати наданих медичних послуг є одним із найточніших методів визначення витрат. Воно може здійснюватися як на основі запланованих, так і фактичних обсягів наданих послуг, базуючись на розрахункових тарифах. Формування механізму ціноутворення на медичні послуги є важливим аспектом функціонування ринку медичних послуг в Україні. Це зумовлено реформуванням системи охорони здоров'я («гроші ходять за пацієнтом») і необхідністю запровадження медичного страхування, яке може ефективно працювати лише за наявності чітко визначених вартостей медичних послуг, що впливають на розмір страхових внесків.

Однак, багато питань, пов'язаних із ціноутворенням, залишаються невирішеними, зокрема:

- відсутність єдиного методологічного підходу до формування цін;
- розбіжності в поглядах на те, який вид витрат має бути основою для

визначення ціни (фактичні витрати чи ті, що забезпечують стандарти лікування);

- відсутність спільної позиції щодо вибору одиниць виміру обсягу наданих медичних послуг, що є необхідним для фінансування закладів охорони здоров'я;

- невизначеність щодо єдиних чи диференційованих цін для однакових видів медичних послуг залежно від рівня надання та економічних умов функціонування медичних установ;

- невирішеність питання врахування рівня оснащення закладів охорони здоров'я при встановленні вартості послуг [32, с. 134].

Сьогодні в Україні ключовим напрямом державної політики визначено збереження та покращення здоров'я нації через реформування системи охорони здоров'я. Головна мета таких змін — підвищення доступності та якості медичних послуг. У 2016 році Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, реалізація якої відбувається у три етапи: підготовчий етап (2017 рік); етап впровадження (2018–2019 роки); етап інтеграції (2020 рік).

Офіційний початок медичної реформи в Україні відбувся у 2018 році. 28 грудня 2017 року Президент України підписав закони, спрямовані на впровадження якісних змін у сфері охорони здоров'я. Перший – Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» — передбачає зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я шляхом запровадження принципу «Гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що фінансування надається за фактично надані медичні послуги конкретному пацієнту. Другий – Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» – спрямований на розвиток медицини в сільській місцевості [17].

У 2020 році, відповідно до положень Закону України: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», програма медичних гарантій почала діяти в повному обсязі. Національна служба

здоров'я України (НСЗУ) укладає договори із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) незалежно від рівня надання медичної допомоги, організаційно-правової форми чи форми власності (крім бюджетних установ) для закупівлі медичних послуг. Фінансування здійснюється відповідно до вимог, які стосуються умов надання послуг і специфікацій для кожного виду чи групи послуг.

Вимоги до надання медичних послуг згруповані в так звані пакети медичних послуг. Цей термін є новим у сфері охорони здоров'я України. Пакет медичних послуг включає перелік медичних послуг, які мають єдиний опис специфікацій та встановлені загальні умови їх надання. Усі послуги в межах одного пакету оплачуються за єдиним типом тарифу. Хоча тарифи на різні послуги можуть відрізнятися, принцип оплати, наприклад, за глобальним бюджетом, залишається незмінним.

Вимоги до медичних послуг формувалися на основі галузевих стандартів, уніфікованих клінічних протоколів, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших чинних нормативно-правових актів, а також міжнародних рекомендацій. Обладнання для надання послуг може належати закладу охорони здоров'я або бути надане іншою юридичною особою за договором. Медичні працівники повинні відповідати встановленим кваліфікаційним вимогам, визначеним чинними нормативно-правовими актами України.

Ці вимоги є мінімальними і окреслюють лише важливі аспекти для Програми медичних гарантій. Вони не замінюють галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, а діяльність закладів охорони здоров'я і надалі регламентується загальним законодавством.

Вимоги сформовані таким чином, що будь-який заклад, незалежно від назви, рівня надання медичної допомоги чи спеціалізації, який відповідає встановленим критеріям, може укласти договір з НСЗУ для надання відповідної послуги чи групи послуг.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом

виконавчої влади, який відповідає за реалізацію політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Положенням про НСЗУ, її основна мета — закупівля якісних і безпечних медичних послуг в межах бюджету Програми. НСЗУ також забезпечує ефективне витрачання бюджетних коштів і переконується, що надавачі медичних послуг дотримуються всіх вимог, забезпечуючи якість та безпеку медичної допомоги.

Для укладення договору з НСЗУ необхідно виконати такі обов'язкові умови:

- проведення автономізації закладу шляхом перетворення його на комунальне некомерційне або казенне підприємство;
- забезпечення комп'ютеризації закладу (встановлення необхідного обладнання, такого як комп'ютери, планшети, смартфони тощо);
- підключення закладу до Центральної бази даних ЕСОЗ через обрану медичну інформаційну систему (МІС);
- наявність у закладу чинної ліцензії на здійснення господарської діяльності у сфері медичної практики;
- укладення договору з Національною службою здоров'я України.

Головний чинник кризового стану медичної галузі — хронічне недофінансування і, разом з тим, нераціональне використання бюджетних коштів. Реформування галузі передбачає перехід від методу бюджетного кошторисного фінансування до методу фінансування галузі виходячи з вартості наданих медичних послуг. Проте поки що одним з головних джерел фінансування охорони здоров'я в Україні є кошти населення.

1.3. Автономізація лікувально-профілактичних закладів

Медична реформа системи охорони здоров'я в Україні реалізується у два основних етапи:

1. Запровадження договірних відносин між ЗОЗ і громадянами.
2. Зміна організаційної форми ЗОЗ, яка передбачає впровадження нової моделі фінансування та забезпечення автономії закладів.

Після процесу автономізації заклади охорони здоров'я отримали самостійність у фінансових, матеріально-технічних і управлінських аспектах.

6 квітня 2017 року Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я».

Дані загальноукраїнського опитування, проведеного у 2016 році Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України за замовленням Асоціації міст України, підтверджують підтримку автономізації з боку органів місцевого самоврядування. Згідно з результатами, 66,8% респондентів визнали доцільність надання всім медичним закладам статусу державних або комунальних некомерційних підприємств і укладення контрактів із їх керівниками. Автономізація медичних закладів була визначена як одна з операційних цілей у Секторальній стратегії Асоціації з питань охорони здоров'я [27].

У 2019 році розпочався процес перетворення державних ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства. Традиційну командно-адміністративну модель замінила контрактна, в якій відносини між постачальниками медичних послуг і їх замовниками регулюються договорами. У цій системі розпорядник бюджетних коштів діє в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я, представлений лікарем, виконує роль підприємця, який надає послуги.

Водночас ЗОЗ можуть здійснювати підприємницьку діяльність лише за

наявності ліцензії на господарську діяльність у сфері медичної практики.

Комунальне некомерційне підприємство орієнтує свою діяльність на досягнення соціально-економічних та інших результатів без встановлення отримання прибутку як основної мети. Управління такими підприємствами здійснюється суб'єктами господарювання державного або комунального секторів економіки в межах відповідних галузей або видів діяльності.

Термін «некомерційне» не означає заборони на отримання прибутку чи ведення підприємницької діяльності. Основна відмінність полягає в тому, що всі зусилля, спрямовані на отримання економічного ефекту, використовуються виключно для досягнення цілей, визначених установчими документами підприємства (статутом). У цих умовах заклад охорони здоров'я може, наприклад, закуповувати медичне обладнання або надавати додаткові платні медичні послуги за власний рахунок.

Керівники закладів охорони здоров'я отримують значну управлінську свободу. Законодавство надає їм право самостійно затверджувати штатний розпис, наймати персонал, відкривати банківські рахунки, здавати приміщення в оренду тощо. При цьому всі рішення приймаються в межах повноважень, визначених статутом.

Діяльність підприємства базується на фінансовому плані, в рамках якого заклад самостійно розпоряджається ресурсами, отриманими від НСЗУ [34]. Це стимулює ЗОЗ до раціонального використання ресурсів і скорочення другорядних витрат. Після автономізації менеджери закладів більше зосереджуються на підвищенні якості медичних послуг.

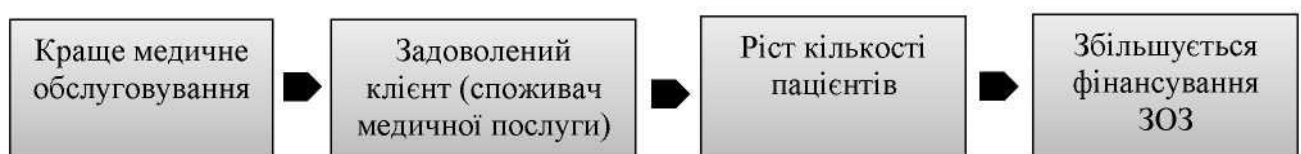


Рис. 1.2. Головний принцип автономізації закладів охорони здоров'я

Джерело: складено автором

Для забезпечення швидкого та ефективного переходу закладів охорони

здоров'я (ЗОЗ) на нову організаційну форму, під керівництвом МОЗ у 2018 році були розроблені Методичні рекомендації з питань реорганізації ЗОЗ з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (КНП).

Цей документ містить детальну інформацію щодо:

- процедури та алгоритму реорганізації ЗОЗ у КНП;
- ініціювання включення питання про реорганізацію до порядку денного засідання відповідної ради;
- юридичних аспектів, включаючи вимоги до скороченої назви КНП;
- формування статутного капіталу закладу;
- специфіки положень Статуту КНП щодо діяльності, оплати праці, штатного розкладу тощо;
- призначення керівника КНП та особливостей укладення з ним договору;
- створення та роботи комісії з реорганізації;
- отримання ліцензії та проходження акредитації після перетворення;
- створення наглядової ради та визначення її повноважень;
- роботи з рахунками у Державній казначейській службі України;
- вирішення кадрових питань, таких як продовження трудових відносин, переведення чи скорочення працівників;
- розширення повноважень керівника після завершення реорганізації;
- організації оплати праці персоналу КНП;
- особливостей нарахування і сплати податків;
- встановлення тарифів на комунальні послуги для КНП;
- співпраці та укладення договорів КНП з іншими закладами охорони здоров'я;
- фінансування КНП до моменту укладення договору з НСЗУ;
- пошуку додаткових джерел фінансування для КНП.

Ці рекомендації допомагають забезпечити чіткий і зрозумілий процес переходу закладів на нову організаційну модель роботи.

Методичні рекомендації спрямовані на підтримку у прийнятті рішень і реалізації кроків автономізації, зокрема при зміні організаційно-правової форми ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу населенню. Водночас загальні підходи, викладені у цих рекомендаціях, можуть бути застосовані і для підготовки та прийняття рішень щодо зміни господарсько-правового статусу інших комунальних ЗОЗ. Це стосується також закладів, які забезпечують вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, таких як комунальні лікарні [19].

Крім того, автори Методичних рекомендацій розробили покроковий алгоритм трансформації ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства (КНП), з детальним описом розподілу функцій між суб'єктами, залученими до цього процесу (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Алгоритм перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне
некомерційне підприємство**

Крок	Суб'єкт, хто вчиняє дію	Дія
1	2	3
1.	Власник (орган, до відання якого належить ЗОЗ)	Прийняття рішення про перетворення
2.	Голова комісії з перетворення	Подача державному реєстратору заяви про початок процедури перетворення (здійснюється протягом трьох днів)
3.	Комісія з перетворення	Проведення інвентаризації майна закладу, розгляд вимог кредиторів
4.	Комісія з перетворення/ суб'єкт оціночної діяльності	Оцінка майна
5.	Комісія з перетворення	Підготовка передавального акту
	Власник (уповноважений орган) / виконавчий орган	Прийняття рішення про затвердження: передавального акту; статуту нового підприємства
6.	Голова комісії з перетворення	Подання державному реєстратору заяви про реєстрацію новоствореної юридичної особи у зв'язку з перетворенням

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
7.	Власник (або уповноважений орган)	Внесення статутного капіталу, визначеного рішенням та статутом
8.	Фінансове управління Власника	Внесення змін до фінансової документації
9.	Відділ кадрів ЗОЗ	Внесення змін до трудових книжок працівників ЗОЗ
10.	Керівник ЗОЗ	Відкриття рахунків в банках, приведення у відповідність рахунків в державному казначействі
11.	Керівник ЗОЗ	Підготовка і подача документів для отримання ліцензії на здійснення медичної практики та роботи з наркотичними речовинами та прекурсорами

Джерело: [19].

Як свідчить таблиця 1.2, процес трансформації ЗОЗ із бюджетної організації в комунальне некомерційне підприємство є досить складним і громіздким через залучення великої кількості суб'єктів. Проте НСЗУ та МОЗ регулярно організовують тренінги з роз'ясненнями, що значно спрощує реорганізацію.

Цікавим є дослідження Скрипа В.В. [39], у межах якого було проведено опитування серед 127 організаторів охорони здоров'я (головні лікарі, їхні заступники, начальники відділень) та 98 працівників економічних служб закладів охорони здоров'я (головні бухгалтери, бухгалтери та економісти) в Закарпатській області.

Результати дослідження показали, що більшість організаторів охорони здоров'я (80,3%) висловили бажання самостійно ухвалювати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні. Позитивне ставлення до впровадження системи оплати праці залежно від обсягу та якості наданих медичних послуг продемонстрували 74% респондентів. Крім того, 92,1% організаторів підтримали можливість змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації.

Водночас під час соціологічного дослідження було виявлено низький

рівень готовності працівників фінансово-економічних служб ЗОЗ до реалізації проєкту автономізації закладів. Основною причиною цього є недостатня обізнаність щодо нормативно-правових документів, етапів автономізації та методів організаційної роботи, необхідних для підготовки закладів до змін їхнього правового статусу.

Як показало дослідження, заклади охорони здоров'я Закарпатської області виявилися неготовими працювати в нових господарських умовах. Імовірно, ця ситуація є типовою для всієї України.

Надзвичайно важливо підкреслювати необхідність і доцільність трансформації ЗОЗ із бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (КНП), адже переваги такого переходу є очевидними:

1. Розширення повноважень керівника ЗОЗ: керівник отримує більше свободи у визначенні організаційної структури закладу, управлінні фінансами, матеріальними та технічними ресурсами, формуванні кадрової політики, а також системи оплати та мотивації праці медичних працівників.

2. Гнучкість у фінансовому плануванні: економічний підрозділ ЗОЗ самостійно розробляє фінансові плани та планові показники, враховуючи потреби закладу. Це дозволяє ефективно розподіляти витрати відповідно до обсягів виконаної роботи.

3. Індивідуальний підхід до оплати праці: на відміну від бюджетної установи, КНП має право впроваджувати власну систему оплати праці, встановлювати стимули та компенсації для медичних працівників у межах чинного законодавства. Керівник може самостійно заохочувати співробітників, наприклад, виплачуючи премії за високу якість роботи.

4. Можливість співпраці: КНП має право наймати лікарів-фізичних осіб і укладати договори з іншими закладами охорони здоров'я. Така співпраця допомагає оптимізувати використання ресурсів і підвищити якість медичних послуг.

З переходом у КНП змінюється і роль головного лікаря, який перетворюється з адміністратора на менеджера. Нові функції головного

лікаря включають:

- здійснення маркетингової діяльності, формування конкурентних переваг закладу та задоволення потреб пацієнтів;
- організацію роботи закладу з використанням адміністративних, економічних та соціальних методів;
- оптимізацію процесів надання медичних послуг;
- пошук нових способів мотивації персоналу для забезпечення високої якості обслуговування.

Власником ЗОЗ залишається місцева громада, і керівник закладу залишається підзвітним їй. Проте головний лікар самостійно вирішує, як розподіляти кошти, отримані від пацієнтів.

Таким чином, перетворення ЗОЗ у КНП сприяє зростанню їхньої фінансової та господарської самостійності, надаючи керівникам більшу свободу у прийнятті рішень та стимулюючи їх до організації якісного медичного обслуговування для населення.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КНП «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»

2.1. Загальна характеристика КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» (надалі КНП «ЦМЛ») являється лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує кваліфікаційне стаціонарне та поліклінічне обслуговування населення на основі досягнень сучасної медичної науки і техніки.

По виду, обсягам і характеру медичної допомоги, яка надається та системі організації роботи КНП «ЦМЛ» є:

- спеціалізованою;
- об'єднаною з поліклінікою;
- за обсягом діяльності, оплати праці керівників, працівників – II група.

Основними задачами КНП «ЦМЛ» являються:

- надання високо-кваліфікаційної спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги населенню (стаціонарної та поліклінічної);
- забезпечення переважного медичного обслуговування робочих промислових підприємств і підлітків, зайнятих в промисловості і системі професійно-технічної освіти;
- розширення обсягу та удосконалення диспансерного методу обслуговування хворих;
- втілення в практику обслуговування населення сучасних методів профілактики, діагностики і лікування хворих на основі досягнень медичної науки і техніки, а також передового досвіду роботи лікувально-профілактичних закладів;

- розвиток і удосконалення організаційних форм і методів медичного обслуговування населення та догляду за хворими, підвищення якості та культури роботи;

- вивчення причин загальної захворюваності населення та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності робочих та службовців, розробка та проведення оздоровчих заходів, направлених на зниження та ліквідацію розповсюджених захворювань;

- санітарно-гігієнічне виховання населення;

- широке залучення населення до розробки та проведення заходів по лікувально-профілактичному обслуговуванню населення.

У відповідності з основними задачами КНП «ЦМЛ» здійснює:

- обслуговування населення високо-кваліфікаційної стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги по дільнично-територіальному принципу;

- надання першої невідкладної медичної допомоги хворим, що звернулись в стаціонар або поліклініку не залежно від місця проживання;

- спадковість в обстеженні та лікуванні хворих між поліклінікою та стаціонаром;

- своєчасне обстеження та лікування хворих в стаціонарі, поліклініці та на дому з використанням сучасних досягнень наукової медицини та практики;

- систематичне освоєння та втілення в практику нових ефективних методів та засобів профілактики, діагностики і лікування, організаційних форм і методів роботи передових лікувально-профілактичних закладів;

- широке застосування в комплексній терапії лікувального харчування, фізичних методів лікування і лікувальної фізкультури, методів відновлюючого лікування;

- заходи по широкому втіленню і раціональному використанню в обслуговуванні хворих лікувально-охоронного режиму;

- диспансеризацією окремих контингентів населення (здорових та

хворих), які потребують систематичного динамічного спостереження та проведення планових лікувально-профілактичних заходів;

- проведення планових профілактичних оглядів робочих промислових підприємств, підлітків і інших груп населення, зайнятих в провідних галузях народного господарства з метою раннього виявлення захворювань, які визначають рівень тимчасової та стійкої втрати працездатності і показань смертності (серечно-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, туберкульоз, виразкова хвороба шлунка та 12-перстної кишки та ін.);

- експертизу тимчасової непрацездатності робочих та службовців, видачу листків непрацездатності і висновків про переведення на іншу роботу за станом здоров'я, направлення на лікувально-трудова експертизи осіб з ознаками стійкої втрати працездатності, відбір хворих на стаціонарно-курортне лікування;

- заходи по підвищенню якості обслуговування, утримання та догляду за хворими;

- аналіз захворюваності населення, аналіз ефективності роботи персоналу і якості лікувально-профілактичної допомоги, яка надається, вивчення результатів та відділених результатів лікування;

- підвищення професійної кваліфікації, теоретичного рівня та систематичне проведення виховної роботи серед лікарів, середнього медичного персоналу та іншого персоналу лікарні;

- проведення заходів по розповсюдженню санітарних знань і популяризація гігієнічних навичок населенню, а також боротьбі з шкідливими звичками (алкоголізм, куріння);

- систематичне залучення широких верств населення до розробки та проведення заходів по зниженню захворюваності і підвищення якості медичного обслуговування населення, контролю за дотриманням правил і режиму роботи лікарні. А також наданню допомоги у догляді за хворими.

КНП «ЦМЛ» має наступні підрозділи:

1. Стаціонар № 1: терапевтичні відділення № 1 та № 2, неврологічне

відділення, дитяче інфекційне відділення, інфекційні відділення № 1 та № 2, інфекційне відділення інтенсивної терапії, приймальне відділення, рентгенологічне відділення, відділення клінічної лабораторної діагностики, фізіотерапевтичне відділення, відділення функціональної діагностики та ЕКГ, кабінет обліку і медичної статистики, центральне стерилізаційне відділення.

2. Стаціонар № 2: кардіологічне відділення, палата інтенсивної терапії при терапевтичному відділенні, ендокринологічне відділення, отоларингологічне відділення, гастроентерологічне відділення, терапевтичне відділення, неврологічне відділення для хворих з порушенням мозкового кровообігу, палата відновного лікування при неврологічному відділенні для хворих з порушенням мозкового кровообігу, палата інтенсивної терапії при неврологічному відділенні для хворих з порушенням мозкового кровообігу, приймальне відділення, рентгенологічне відділення, відділення клінічної лабораторної діагностики, фізіотерапевтичне відділення, відділення функціональної діагностики та ЕКГ, кабінет обліку і медичної статистики, центральне стерилізаційне відділення.

3. Поліклінічне відділення: консультативно-діагностичне відділення, хірургічне відділення, неврологічне відділення, процедурний кабінет, відділення профілактики, денний стаціонар, фізіотерапевтичне відділення, відділення функціональної діагностики та ЕКГ, відділення клінічної лабораторної діагностики, рентгенологічне відділення, центральне стерилізаційне відділення, кабінет обліку і медичної статистики, реєстратура, інші допоміжні служби.

Штати КНП «ЦМЛ» устанавлюються відділом організації медичного обслуговування у відповідності з діючим штатними нормативами і типовими штатами.

Станом на 1 січня 2024 року штатна чисельність закладу складала 873,75 штатних посад, з них: лікарі – 117,5 одиниць, спеціалісти з вищою немедичною освітою – 4 одиниць, фахівці з базовою та неповною вищою

освітою – 350,75 одиниць, молодший медичний персонал – 220,25 одиниць, спеціалісти – 40,25 одиниць, інші - 141 штатних одиниць.

КНП «ЦМЛ» являється самостійним лікувально-профілактичним закладом та має в своєму розпорядженні будівлі з певною територією, відповідне обладнання, інвентар та інше майно.

КНП «ЦМЛ» знаходиться в безпосередньому відомстві відділу організації медичного обслуговування міста. Відкриття, утримання і закриття закладу проводиться в установленому порядку в межах плану і бюджету.

Межі району обслуговування, контингент і чисельність населення, яке обслуговується КНП «ЦМЛ», встановлюється відповідними органами охорони здоров'я. Заклад також являється базою виробничої практики учнів медичного коледжу.

КНП «ЦМЛ» користується правами юридичної особи, має круглу печатку та штамп з вказівкою своєї повної назви.

Керівництво лікарнею здійснюється на основі єдиноначальності головного лікаря, який призначається та звільняється в установленому порядку.

КНП «ЦМЛ» веде облік і представляє звіти про свою діяльність за формами і в строки, встановлені органами охорони здоров'я. В закладі організовується лікарська рада, рада медичних сестер, секції наукових медичних спілок, які діють на підставі спеціальних положень.

Заклад фінансується з Національної служби здоров'я та за рахунок коштів бюджету міста Кропивницького.

У зв'язку з реформуванням галузі охорони здоров'я в 2019 році КЗ «Центральна міська лікарня м. Кіровограда» провела роботу і уклала договір з Національною службою здоров'я. КЗ «Центральна міська лікарня» перейменовано в КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради».

Тобто, Національна служба здоров'я здійснює фінансування видатків, передбачених програмою медичних гарантій, визначає перелік та обсяг

медичних послуг та ліків, які гарантовані пацієнтам та будуть оплачені з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. Оператором програми медичних гарантій є Національна служба здоров'я. До програми медичних гарантій входять всі види медичної допомоги, проте окремі послуги виключені з гарантованого пакету.

Постановою про порядок реалізації програми медичних гарантій визначено, що при наданні пацієнтам медичних послуг в межах програми медичних гарантій, заклад має забезпечити медичні вироби, витратні матеріали і лікарські засоби, передбачені Національним переліком основних лікарських засобів. До тарифу також включена заробітна плата, харчування (для стаціонарного лікування), робота господарської частини. Відповідно до Бюджетного кодексу, до тарифу не включаються витрати на комунальні послуги.

За рахунок коштів бюджету м. Кропивницького здійснюється покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Основним видом діяльності закладу є медична практика: алергологія; анестезіологія та дитяча анестезіологія; акушерство і гінекологія; бактеріологія; гематологія; гастроентерологія; вірусологія; дерматовенерологія; інфекційні хвороби та дитячі інфекційні хвороби; ендокринологія; ендоскопія; загальна практика-сімейна медицина; кардіологія; клінічна біохімія та клінічна лабораторна діагностика; лікувальна фізкультура; неврологія; організація та управління охороною здоров'я; дієтологія; нефрологія; онкологія; отоларингологія; офтальмологія; паразитологія; педіатрія; психотерапія; неврологія; пульмонологія; ревматологія; стоматологія; рентгенологія; терапія; фізіотерапія та функціональна діагностика; фтизіатрія та дитяча фтизіатрія; урологія; хірургія; ультразвукова діагностика; геріатрія.

Структура КНП «ЦМЛ» представлена наступним чином (Додаток А):

1. Адміністративно-управлінський персонал
2. Господарсько-обслуговуючий персонал
3. «Інші допоміжні служби», а саме: відділ кадрів, планово-економічний відділ, бухгалтерія, гараж, кухня.
4. Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики.
5. Центральне стерилізаційне відділення.
6. Фізіотерапевтичне відділення, яке включає радонову лабораторію, фізіотерапевтичні кабінети стаціонару №1 та №2, фізіотерапевтичний кабінет поліклініки.
7. Відділення функціональної діагностики (кабінет функціональної діагностики стаціонарів №1 та №2, кабінет функціональної діагностики поліклініки).
8. Клініко-діагностична лабораторія у складі якої клінічний відділ стаціонару №1 та №2, клінічний відділ поліклініки; бактеріологічний відділ стаціонару №1; біохімічний відділ стаціонару №1, біохімічний відділ поліклініки та експрес-лабораторія стаціонару № 1.
9. Рентгенологічне відділення (кабінети ультразвукової діагностики стаціонарів №1 та №2, кабінет ультразвукової діагностики стаціонару №2; кабінет ультразвукової діагностики поліклініки, рентгенологічні кабінети стаціонарів №1 та №2, рентгенологічний кабінет поліклініки).
10. Загальнолікарняний персонал.
11. Цілодобовий стаціонар №1 на 255 ліжок. В складі стаціонару наступні структурні одиниці: адміністративно-управлінський та господарсько-обслуговуючий персонал; пральня; загальнолікарняний персонал; приймальне відділення; терапевтичні відділення №1 та №2; неврологічне відділення; інфекційні відділення №1 та №2; дитяче інфекційне відділення; інфекційне відділення інтенсивної терапії та паліативне відділення.
12. Цілодобовий стаціонар № 2 на 155 ліжок включає:
 - господарсько-обслуговувальний персонал;

- загальнолікарняний персонал;
- приймальне відділення;
- терапевтичне відділення (включає палату інтенсивної терапії);
- кардіологічне відділення;
- гастроентерологічне відділення;
- ендокринологічне відділення;
- неврологічне відділення відновного лікування для хворих з порушенням мозкового кровообігу

13. Поліклініка, у складі якої знаходяться: реєстратура, кабінет лікарсько-консультативної комісії, терапевтичний кабінет, ендокринологічний кабінет, ревматологічний кабінет, кабінет інфекційних захворювань, кардіологічний кабінет, гастроентерологічний кабінет, хірургічне відділення (ендоскопічний, офтальмологічний та отоларингологічні кабінети), неврологічне відділення, процедурний кабінет, відділення профілактики із оглядовим кабінетом, денний стаціонар №1 та №2.

Адміністративно-управлінський персонал КНП «ЦМЛ» включає головного лікаря (директора) та його заступників.

Головний лікар (директор) здійснює управління закладом за контрактом та на умовах конкурсу, який укладається з міським головою Кропивницького. Він здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Головний лікар (директор) закладу займається питаннями господарської діяльності, керує виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу, а саме:

- здійснює стратегічне планування;
- формування бюджету;
- координує роботу закладу;
- проводить аналіз економічної ефективності;

- організовує роботу та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів;
- забезпечує залучення коштів на інвестиційні потреби закладу;
- розробляє та впроваджує систему безперервного удосконалення якості послуг у медзакладі на основі принципів доказової медицини;
- організовує надання пацієнтоорієнтованих послуг;
- координує зовнішню та внутрішню взаємодію підрозділів закладу;
- організує безперервний професійний розвиток медичного персоналу;
- впроваджує сучасні методики діагностики та лікування;
- організує медичну допомогу при надзвичайних ситуаціях;
- здійснює оцінку якості надання медичної допомоги тощо.

Головний лікар (директор) КНП «ЦМЛ» має 6 профільних заступників, які здійснюють керівництво лікувально-профілактичним закладом у порядку делегованих їм головним лікарем (директором) повноважень та у разі відсутності керівника, за його дорученням виконують його обов'язки. Заступники головного лікаря забезпечують ефективне виконання закріплених за ним напрямів діяльності закладу.

Заступники головного лікаря (директора) виконують наступні функції:

- здійснюють контроль виконання нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я; забезпечують надання якісної медичної та профілактичної допомоги населенню міста;
- проводять роботу з добору, оптимізації і використання медичних кадрів, забезпечують своєчасне підвищення їх кваліфікації;
- запроваджують прогресивні методи діагностики і лікування;
- здійснюють планування, контроль та регулювання співпраці з органами управління, суміжними медичними закладами та забезпечують функціональну взаємодію підрозділів закладу;
- сприяють створенню належних виробничих умов, дотримання охорони праці та техніки безпеки, забезпечують додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку.

Господарсько-обслуговуючий та інші допоміжні служби забезпечують безперебійне функціонування та технічну підтримку роботи лікарні, її комунікацій (робітники з комплексного обслуговування, зв'язківці, сантехніки, підсобні робітники, техніки, інженери, водії, сторожа та інші).

Планово-економічний відділ та бухгалтерія КНП забезпечують планування, складання та виконання кошторису витрат, здійснюють бухгалтерський облік та звітність фінансово-господарської діяльності закладу, а також відповідають за ефективне використання та оптимізацію видатків.

Відділ кадрів КНП «ЦМЛ» займається питаннями добору та прийому медичного та іншого персоналу, оформленням, їх відповідності кваліфікаційним вимогам, а також обліком всіх посад, що є в наявності закладу. також здійснюють контроль за дотриманням трудової дисципліни та дотриманням трудового законодавства.

Основною функцією гаража є утримання в належному технічному стані транспортних засобів, забезпечення своєчасності проведення технічного огляду та ремонтів, безперебійних виїздів до хворих, оформлення водіями шляхових листів.

Кухня здійснює приготування їжі для хворих стаціонару, відповідає за належне зберігання та облік продуктів харчування, контроль за їх якістю та дотримання санітарно-гігієнічних норм.

Пральня займається пранням білизни стаціонару.

Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики КНП здійснює облік, надання методичної допомоги з питань організації статистичного обліку та забезпечує контроль за дотриманням суб'єктами медичної діяльності технологічних стандартів медико-статистичного обліку, достовірністю статистичної інформації. Проводить збір і аналіз статистичних даних у сфері охорони здоров'я.

Центральне стерилізаційне відділення КНП організовано з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій. Стерилізація виробів

медичного призначення, перев'язувального матеріалу є одним з найважливіших заходів.

Відділення розташоване в окремому приміщенні за типовим проектом та забезпечене автоклавами. У відділенні застосовуються сучасні методи очистки води, впроваджені нові технології стерилізації, проводиться контроль якості стерилізації. Робота відділення відповідає вимогам як економічної ефективності, так і епідеміологічної безпеки.

Центральне стерилізаційне відділення являється самостійним структурним підрозділом лікарні, забезпечуючи усі технологічні процеси прийому, стерилізації, видачі та зберігання виробів медичного призначення. Відділення розділене на дві зони: стерильну і нестерильну. Очолює відділення старша медична сестра з вищою категорією, яка безпосередньо підпорядковується заступнику головного лікаря з хірургії та головному лікарю (директору).

Відділення дотримується чіткого графіку прийому нестерильного та видачі стерильного матеріалів. Постійно проводиться візуальний контроль біксів, прийнятих на стерилізацію.

В своїй діяльності відділення керується інструкціями, діючими нормативними документами МОЗ України, Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, регламентуючими дотримання санепідрежиму.

Фізіотерапевтичне відділення КНП «ЦМЛ» надає населенню міста реабілітаційні комплекси лікування для хворих терапевтичного та хірургічного профілів, які містять в собі використання електропроцедур, теплолікування, водолікування, масаж, фіто-чаїв, кисневих коктейлів.

На базі відділення проводяться науково-практичні конференції за участю докторів медичних наук, професорів кафедр фізіотерапії та відновлювального лікування академій післядипломної освіти м. Києва, м. Харкова, м. Одеси. Основним завданням відділення є надання реабілітаційної допомоги населенню міста.

В реабілітації хворих використовуються всі методи фізіотерапії: електролікування, магнітотерапія, інгаляційна терапія, світлолікування, лазеротерапія, ультразвукова терапія, ВЧ-терапія, франклінізація, оксигенотерапія, водо-теплолікування, масаж, а також рефлексотерапія. У відділенні працює 5 лікарів.

Відділення функціональної діагностики – це багатoproфільний підрозділ, забезпечений інформативною медичною апаратурою. Відділення має в своєму розпорядженні кабінети для обстеження серцево-судинної системи, органів дихання, нервової системи, магістральних і периферійних судин.

Клініко-діагностична лабораторія (лаборанти, біологи та бактеріологи). Проводить лабораторно-клінічний (бактеріологічний, біохімічний та інший) контроль з метою діагностики хвороб.

Основною функцією клініко-діагностичної лабораторії є забезпечення діагностичного процесу. Дослідження, що виконуються фахівцями лабораторії, грають важливу роль у постановці та уточненні діагнозів пацієнтам, які хворим, які звертаються за медичною допомогою, виявленні початкових форм захворювань у пацієнтів під час проходження первинних медогляди у медзакладі, а також для контролю процесу лікування.

До складу клініко-діагностичної лабораторії входять гематологічний, загально клінічний та біохімічний відділи.

Рентгенологічне відділення представляє собою 6 кабінетів (в тому числі 3 кабінети ультразвукової діагностики та 3 рентгенологічних кабінети), що займаються рентгенодіагностикою та променевою терапією для більш точного виявлення хвороб.

Приймальне відділення здійснює прийом та госпіталізацію хворих. Хворому встановлюють попередній діагноз, оцінюють необхідність госпіталізації та надають невідкладну медичну допомогу.

Терапевтичне відділення – одне із функціональних підрозділів КНП «ЦМЛ», в якій проводиться консервативне лікування хворих з різними

захворюваннями внутрішніх органів.

У відділенні проводиться диференціальна діагностика і надається медична допомога хворим терапевтичного профілю. Використовуються сучасні інноваційні методи лікування. В середньому протягом року медичну допомогу отримує близько 1200 хворих. З них госпіталізовано в плановому порядку – 23%, в ургентному – 75%.

Показаннями для лікування в терапевтичному відділенні є гострі та хронічні захворювання органів системи дихання, шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та сечової системи, а саме: гострий та хронічний бронхіт, пневмонія, бронхіальна астма, гастрит, виразкова хвороба, панкреатит, коліт, холецистит, гепатит, цироз печінки, анемія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, ревматизм, поліартрит, пієлонефрит, новоутворення, церебросклероз.

В неврологічному відділенні надається медична допомога пацієнтам із захворюваннями центральної нервової системи, порушеннями мозкового кровообігу, нейроінфекціями, відновлення після інсультів, струсів головного мозку.

Кардіологічне відділення КНП надає медичну допомогу пацієнтам з проявами ішемічної хвороби серця, серцевою недостатністю, постінфарктними кардіосклерозами, артеріальною гіпертонією, симптоматичними гіпертензіями, порушеннями серцевого ритму, іншою кардіальною патологією. Щороку у відділенні проходить лікування біля 700 хворих. Близько 50 % випадків складають хворі на артеріальну гіпертензію.

У гастроентерологічному та ендоскопічному відділеннях проводять обстеження органів стравоходу методом прицільної біопсії слизової оболонки для гістологічного виявлення патологічних змін та гелікобактерної інфекції. Широко використовуються УЗД органів черевної порожнини, ірігоскопія, ректороманоскопія, рН-метрія шлунку, колоноскопія, дослідження на маркери вірусних інфекцій печінки. дуоденальне зондування, бактеріологічний аналіз мікрофлори.

Досить значну роль у структурі лікарні займає інфекційне відділення. Воно розміщене на окремій території та розділено на корпуси. Функціонування інфекційних відділень здійснюється за віковим поділом (дитяче та доросле населення), основного поділу інфекційних захворювань на краплинні (вітряна віспа, скарлатина, кір, грип, краснуха, ГРВІ, інфекційний моновірусоз та ін..). та кишкові (гепатити, токсикоінфекції, харчові, сальмонельоз, дизентерія.). У зв'язку з цим хворих госпіталізують в окремі бокси (за типом інфекцій, механізмом зараження), з урахуванням термінів захворювання і надходженням хворих у стаціонар.

Крім того, у зв'язку з поширенням коронавірусної інфекції COVID-19 інфекційне відділення розширено та більшість ліжок переведені на обслуговування хворих із зазначеною хворобою.

До складу КНП «ЦМЛ» входить поліклініка потужністю 750 відвідувань на зміну. Поліклініка має всі потужності та умови для діагностики, лікування та профілактики захворювань серед населення міста. На базі поліклініки розгорнуто консультативно-діагностичне відділення, до складу якого входить кабінет долікарського прийому, ендокринологічний кабінет, терапевтичний кабінет, пульманологічний кабінет, офтальмологічний кабінет, ревматологічний кабінет, травматологічний кабінет, кабінет інфекційних захворювань, гінекологічний кабінет, кардіологічний та гастроентерологічний кабінети. Також, терапевтичне відділення, хірургічне відділення, відділення профілактики захворювань, неврологічне відділення.

На базі поліклініки діє денний стаціонар на 146 ліжок.

В поліклініці при КНП задіяні лікарі всіх вузьких спеціальностей: терапевти, гастроентерологи, невропатологи, окулісти, уролог, отоларингологи, ортопед-травматолог, кардіолог, ендокринолог, гінеколог та ін. Розгорнуті онко-бригади, які здійснюють екстрені виїзди до хворих онкологією з тяжким перебігом хвороби. Гастроентеролог та онколог ведуть консультативний прийом. Надання медичної допомоги здійснюється за 19

спеціальностями.

Всі пацієнти поліклініки мають змогу пройти всі необхідні обстеження. В поліклініці функціонує лабораторія де проводять загальний аналіз крові, сечі, біохімічний та бактеорологічний аналізи. В кабінеті долікарського прийому проводиться вимірювання росту, ваги, температури та тиску пацієнта. Також діє рентгенологічний кабінет та кабінет УЗД.

2.2. Аналіз економічних показників діяльності закладу

Сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я стає все більш залежною від ринкових механізмів, що діють в державі. Менеджмент медичної лікувально-профілактичної установи виразно набуває економічних рис комерційного підприємства, досягнення мети діяльності якого тепер залежить від рівня задоволеності споживача та бажання повернутися до надавача медичної послуги. Тому актуальним є проведення аналізу економічних показників діяльності ЗОЗ.

Отже, дослідимо стан використання фінансово-економічних, матеріальних та трудових ресурсів КНП «ЦМЛ». З цією метою відслідкуємо динаміку таких показників як: основні засоби, оборотні активи, дебіторська та кредиторська заборгованість, витрати та доходи, фінансовий результат діяльності, коефіцієнти зносу і придатності основних фондів, чисельність працюючих, коефіцієнти плинності кадрів, статева структура працівників, показники професійного розвитку персоналу та ін.

Джерелом інформації для розрахунку вказаних вище показників слугують документи фінансової звітності КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» за 2019-2023 роки.

В 2023 року КНП «ЦМЛ» змінив організаційно-правову форму, проте фінансова звітність подається у вигляді, передбаченому для бюджетних організацій.

Таблиця 2.1

Основні фінансово-економічні показники КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

№ з /п	Показник	Од. ви-міру	Роки				
			2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Основні засоби	грн.	23507735,50	24781105,26	51837563,00	55597505,00	87599625,00
	Оборотні активи	грн.	1435934,52	1578817,75	49348,00	76196,00	170797,00
2.	Незавершені капітальні інвестиції	грн.	450000,00	0	4057473	90209	13697819
3.	Запаси	грн.	1397105,94	1551451,46	1851289	1424806	1235483
4.	Власний капітал	грн.	25170042,70	26071704,90	43113450	45450933	69980007
5.	Облікова кількість штатних працівників на кінець року	осіб	879	847	790	886	723

Джерело: складено автором

Відображені у таблиці дані взяті з фінансової звітності КНП «ЦМЛ».

Для об'єктивної оцінки змін в економічних показниках діяльності закладу, доцільно розглянути їх у динаміці (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Динаміка основних фінансово-економічних показників КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

№ з /п	Показник	Темпи росту							
		2020/2019		2021/2020		2022/2021		2023/2022	
		абсол.	відн.	абсол.	відн.	абсол.	відн.	абсол.	відн.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Основні засоби, грн.	1273369,76	5,42	27056457,74	109,18	3759942	7,25	32002120	57,56
2.	Оборотні активи, грн.	142883,23	9,95	-1529469,75	-96,87	26848	54,41	94601	124,15

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Незавершені капітальні інвестиції, грн.	-450000	-	4057473	-	-3967264	-97,78	13607610	15084,54
4.	Запаси, грн.	154345,52	11,05	299837,54	19,33	-426483	-23,04	-189323	-13,29
5.	Власний капітал, грн.	901662,2	3,58	17041745,1	65,36	2337483	5,42	24529074	53,97
	Облікова кількість штатних працівників на кінець року, осіб	-32	-3,64	-57	-6,73	96	12,15	-163	-18,40

Джерело: складено автором

Дані табл. 2.1 і 2.2 свідчать про наступне:

- вартість основних засобів КНП «ЦМЛ» за п'ять звітних років виросла у 3,7 разів. Найбільший темп росту спостерігався у 2021 році – відносне відхилення показника складає 109%. Кожні наступні роки вартість основних засобів зростала у половину;

- для суми оборотних активів ЗОЗ характерним є нерівномірна динаміка. Так, якщо в 2021 році їх величина зменшилась майже у 2 рази, то в 2023 році спостерігався ріст у 2,2 рази;

- у 2020 році на балансі закладу не відзначено незавершених капітальних інвестицій, проте в 2023 році їх сума становила 13697819 грн., що у 152 рази більше за результат 2022 року;

- запаси, що залишаються на балансі у кінці року в середньому складають 1492027 грн. і суттєво не змінюються;

- власний капітал КНП «ЦМЛ» щороку зростає, хоча темпи росту суттєво різняться. Найбільший ріст показника відбувався у 2021 та 2023 році – 65% і 54% відповідно;

- чисельність штатних працівників закладу щороку зменшується, окрім 2022 року. В цьому році кількість працюючих збільшилась на 96 осіб.

Чуттєве зменшення чисельності персоналу сталося у 2023 році, коли їх число змінилось із 886 до 723 осіб.

Доходи та витрати діяльності будь-якої організації є показником ефективності її роботи. Медичний заклад не є виключенням. Проте в обліку фінансових результатів ЗОЗ є певна специфіка, що принципово відрізняється від комерційних підприємств, для яких прибуток є самоціллю.

Особливості звітності ЗОЗ у період з 2019 по 2021 рр. полягають у поділі фінансових активів на загальний та спеціальний фонд.

Якщо загальний фонд складається з фінансування видатків бюджету, то спеціальний фонд формується за рахунок власних надходжень закладу і має цільове спрямування. Метою створення спеціального фонду є надання закладу автономії у вирішенні різного роду фінансових питань та реалізацію пріоритетних заходів, пов'язаних з виконанням основних функцій та досягнення клінічної ефективності.

Перелік груп власних надходжень бюджетних установ, вимоги щодо їхнього утворення та напрями використання встановлено ст. 13 Бюджетного кодексу України та Постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямків використання" від 17.05.2002 р.

Так, після реорганізації досліджуваної медичної установи у комунальне неприбуткове підприємство, доходи по спеціальному фонду закладу можуть бути використані на власний розсуд. До автономізації заклад мав право розпоряджатися своїми активами тільки виключно за статтями, передбаченими законодавством, а в нових умовах господарювання ЗОЗ вправі відкрити свій розрахунковий рахунок в банківській установі та розмістити зароблені кошти на депозиті.

У 2022 році у закладах охорони здоров'я змінилася модель фінансування. Відповідно, змінилася форма бухгалтерської звітності. Так, в Звітах про фінансові результати не містяться графи «загальний фонд» чи «спеціальний фонд», а всі відображені у формах 2022-2023 рр. розміри

доходів і витрат є результатами господарської діяльності підприємства.

Щодо загального фонду, то спосіб надходжень видатків дещо змінився. З 2022 року Національна служба закупівель України здійснює фінансування ЗОЗ і таким чином виступає у ролі посередника між бюджетом держави та медичним закладом.

Динаміка показників фінансових результатів господарської діяльності КНП «ЦМЛ» міститься у табл.2.3 та 2.4.

Таблиця 2.3

Фінансові результати діяльності КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» за 2019-2021 роки

№ з /п	Показник, грн.	Роки			Відхилення, %	
		2019	2020	2021	2020/2019	2021/2020
1	2	3	4	5	6	7
Загальний фонд						
1.	Отримані доходи	45252018,53	46639679,81	62158948,12	3,1	33,3
2.	Проведені видатки	43671369,28	46592863,51	61124557,16	6,7	31,2
3.	профіцит / - дефіцит)	824277,78	871094,08	905689,78	5,7	4,0
Спеціальний фонд						
4.	Отримані доходи	3053997,81	4059959,88	6998963,88	32,9	72,4
5.	Проведені видатки	2749049,73	3988943,23	12886371,84	45,1	223,1
6.	Фінансовий результат (+ профіцит / - дефіцит)	328135,13	399151,78	362564,22	21,6	-9,2
7.	Загальний фінансовий результат (+ профіцит / - дефіцит), грн.	1152412,91	1270245,86	-4853017	10,2	-482,1

Джерело: складено автором

З табл. 2.3 видно, що доходи закладу щороку зростають. Так, за

загальним фондом у 2020 році сума доходу виросла за 3%, а вже у 2021 році аж на 33%. За спеціальним фондом темп росту величини доходів складає 33% та 72% відповідно.

Динаміка доходів за статтями витрат по спеціальному фонду зображена на рис. 2.1.

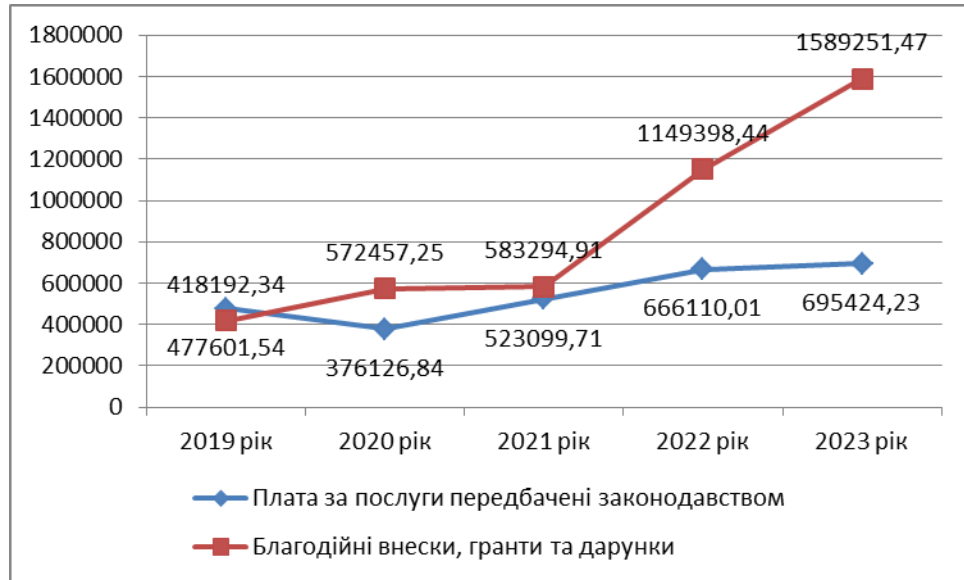


Рис. 2.1. Джерела доходів КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» за 2019-2023 роки

Джерело: складено автором

Доходи по спецфонду КНП «ЦМЛ» складають плати за послуги, передбачені законодавством (плата за послуги, що надаються згідно з їх основною діяльністю; надходження від додаткової діяльності; плата за оренду майна; надходження від реалізації в установленому порядку майна) та інші джерела власних надходжень (благодійні внески, гранти, дарунки). За три роки величина останніх виросла на 33%.

Щодо видатків, то вони також мають тенденцію до збільшення. В 2021 році їх величина зросла на 31% по загальному фонду. По спеціальному фонду відбувся значний ріст і за період з 2019 по 2021 роки її величина збільшилась у більш ніж 4,5 рази.

У бюджетних організаціях кінцевий результат їх діяльності

відображається у дефіциті або профіциті. Дефіцит означає перебільшення суми видатків над отриманими в ході роботи доходами, а профіцит навпаки – коли доходи закладу є вищими за суми, виділені бюджетом за загальним або спеціальним фондом.

Як зазначалось вище, облік фінансових витрат починаючи з 2022 року змінився, так як повністю змінилась модель фінансування закладів охорони здоров'я. У табл. 2.4 відображено динаміку величини витрат та доходів у 2022-2023 роках.

Таблиця 2.4

Фінансові результати діяльності КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» (2022-2023 рр.)

№ з /п	Показник, грн.	Роки		Відхилення, %	
		2022	2023	абс., грн.	відн., %
1	2	3	4	5	6
1.	Усього доходів, у т.ч.	75816848	91233561	15416713	20,3
	- бюджетні асигнування;	70643455	88975828	18332373	26,0
	- доходи від надання послуг	151155	108186	-42969	-28,4
	- доходи від продажу активів	5761	17370	11609	201,5
2.	Усього витрат, у т. ч.	76622732	86227194	9604462	12,5
	- витрати на виконання бюджетних програм;	70372480	82236645	11864165	16,9
	- витрати на надання медичних послуг.	1968058	2700254	732196	37,2
3.	Профіцит/дефіцит	-805884	5006367	5812251	-721,2

Джерело: складено автором

Після змінення способу фінансової звітності, доходами КНП вважаються бюджетні асигнування, доходи від надання послуг та доходи від продажу активів. В цілому величина доходу за 2022-2023 рр. збільшилась на 20% (табл. 2.4). Суми бюджетних асигнувань та доходів від продажу активів також зростають. При чому, останні виросли у 3 рази в 2023 році. Величина

доходів від надання платних послуг зменшилась на 28%.

В загальній сукупності витрати КНП «ЦМЛ» у 2022-2023 рр. збільшились на 13%. Найбільшу частку витрат (95%) складають витрати на виконання бюджетних програм. Варто відзначити, що витрати на надання медичних послуг також виросли на 37%.

Загальним результатом діяльності КНП «ЦМЛ» у 2022 році є дефіцит у розмірі 805,9 тис. грн., а у 2023 році профіцит – 5006,4 тис. грн.

Основні засоби виконують ключову роль у досягненні клінічної ефективності будь-якого закладу охорони здоров'я. Вони представляють собою медичне обладнання, інструменти, передавальні пристрої, меблі, будівлі тощо. Ступінь використання основних засобів відображається у таких показниках, як коефіцієнти придатності та зносу основних фондів. Вказані показники занесено у табл. 2.5.

Як видно з табл. 2.5, частка придатного до використання медичного обладнання, інструментів та будівель КНП «ЦМЛ» щороку зростає. Частка застарілих основних фондів у 2023 році становила 20% і це є найкращим показником у періоді з 2019 по 2023 роки.

Таблиця 2.5

Показники використання основних фондів КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

№ з /п	Показник	Роки				
		2019	2020	2021	2022	2023
1.	Основні засоби, грн.	23507735,50	24781105,26	51837563,00	55597505,00	87599625,00
2.	Коефіцієнт зносу основних фондів, %	45,9	46,7	26,8	27,2	20,1
3.	Коефіцієнт придатності основних фондів, %	54,1	53,3	73,2	72,8	79,9

Джерело: складено автором

Облік медичного обладнання КНП «ЦМЛ» та його інвентаризація проводиться вчасно та відповідно до Положення, затвердженого Наказом Міністерства України від 02.09.2014 № 879. До інвентаризаційного опису вносяться відомості про найменування, інвентарний номер, заводський номер (у разі його наявності), рік випуску, первісну (переоцінену) вартість, суму зносу, строк корисного використання та інші відомості [26].

Доцільно також здійснити оцінку дебіторської та кредиторської заборгованості. Динаміка зобов'язань відображена на рис. 2.2.

Згідно рис. 2.2 у 2019-2020 роках заборгованості на КНП «ЦМЛ» не було. Дебіторська заборгованість у 2021-2023 році зросла на 77 тис. грн. в основному за рахунок статті на соціальне страхування. Щодо кредиторської, то її величина була найбільшою у 2022 році і складала 603,1 тис. грн., в 2019 році величина її зменшилась на 22%.

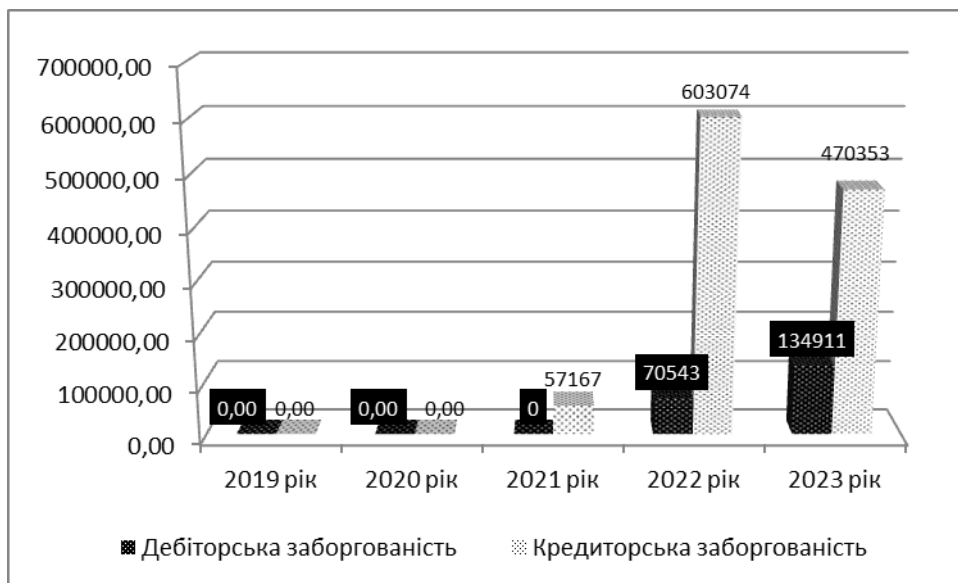


Рис. 2.2. Заборгованість КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

Джерело: складено автором

Якість медичної допомоги, репутація лікарні, та зрештою, здорове населення регіону (держави) залежить від правильно підібраного персоналу,

та зваженої кадрової політики підприємства. Тому, оцінка використання кадрів є важливим етапом аналізу економічної діяльності закладу охорони здоров'я.

У табл. 2.6 відображено такі показники, як чисельність прийнятих та звільнених з роботи працівників, коефіцієнт обороту по прийняттю, коефіцієнти вибуття та плинності кадрів.

Аналіз показників руху чисельності працівників КНП «ЦМЛ» (табл. 2.7) дає можливість зробити наступні висновки:

- у 2022 році зафіксовано найбільшу кількість працівників, яких було прийнято на роботу – 118 осіб;

Таблиця 2.6

Показники використання трудових ресурсів КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

№ з /п	Показник	Од. виміру	Роки				
			2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Прийнято працівників	осіб	86	99	102	118	108
2.	Звільнено працівників, з них:	осіб	91	90	82	150	184
3.	- по причині плинності кадрів	осіб	4	90	52	133	184
4.	Коефіцієнт обороту по прийняттю	%	10,1	11,5	11,6	13,9	13,7
5.	Коефіцієнт вибуття	%	10,7	10,5	9,3	17,7	23,3
6.	Коефіцієнт плинності кадрів	%	0,5	10,5	5,9	15,7	23,3

Джерело: складено автором

- у 2023 році закладом було звільнено 184 особи, що на 23% більше,

ніж у минулому;

- вся сукупність звільнень у 2020 та 2021 роках були по причинах плинності кадрів (за власним бажанням, за угодою сторін, порушення трудової дисципліни та ін.);

- коефіцієнт обороту по прийняттю щороку збільшується і в 2023 році склав 13,7% (в 2019 році – 10,1%);

- коефіцієнт вибуття у 2022 році має найбільшу величину – 23,3%, найменший результат мав місце у 2020 році – 9,3%;

- коефіцієнт плинності кадрів з 0,5% у 2019 році виріс до 23% у 2023-му. Таким чином, за період в п'ять звітних років показник виріс у 46 разів.

На КНП «ЦМЛ» найбільшу частку серед медичного персоналу складають жінки (рис. 2.3).

Так, середня частка жінок складає 80%. Проте, з кожним роком частка осіб чоловічої статі у закладі збільшується. Якщо в 2019 році на КНП «ЦМЛ» працювало 96 чоловіків, то в 2023-му – 130.

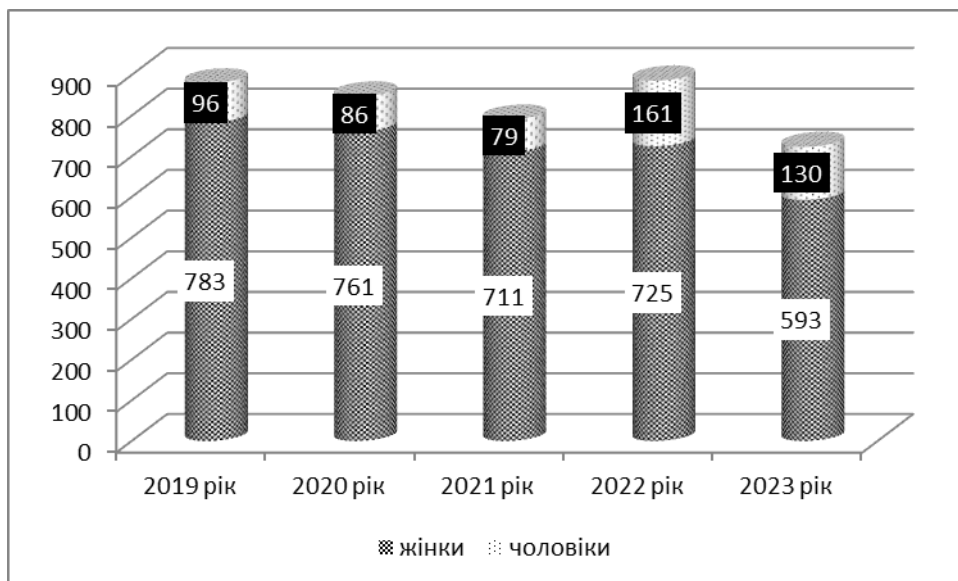


Рис. 2.3. Статеву структуру працівників КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради»

Джерело: складено автором

Охорона здоров'я – це галузь, в якій активно проводяться інновації, як технічного, так і організаційного характеру. Саме компетентний працівник в

зможі довести нову технологію (задум) до початку експлуатації та успішної її реалізації. Підвищення кваліфікації медичного персоналу є обов'язковою умовою його професійного розвитку.

На рис. 2.4 зображено кількість керівників та професіоналів, що підвищили свою кваліфікацію у динаміці. Так, з рисунку видно, що кожного року керівники закладу проходять курси підвищення кваліфікації, де розширюють область своїх медичних або управлінських знань. Кількість професіоналів, що підвищували свою кваліфікацію до 2022 року зростала, а в 2019 році зменшилась на 18 осіб.

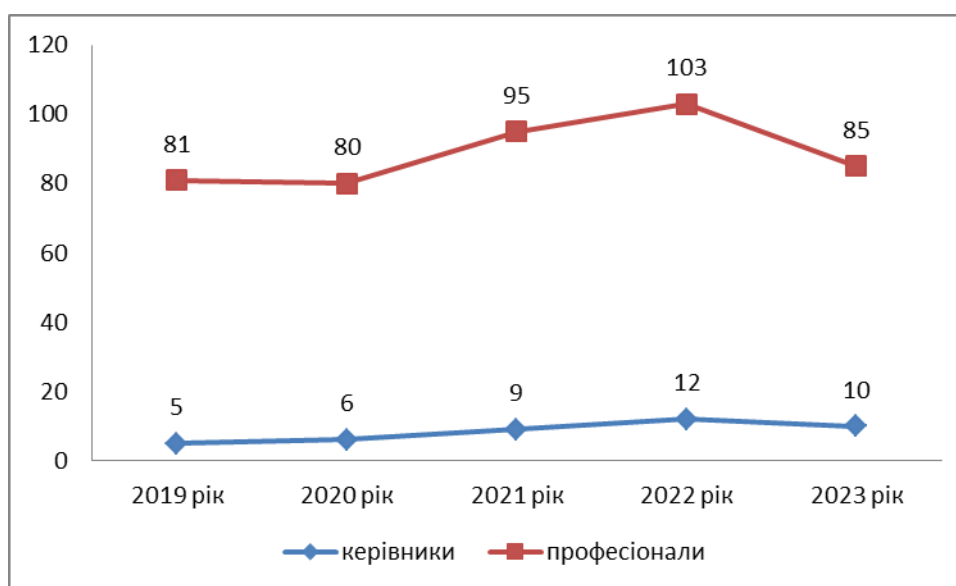


Рис. 2.4. Чисельність працівників КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради», що підвищили кваліфікацію

Джерело: складено автором

Таким чином, аналіз фінансово-економічних, технічних та трудових показників КНП «ЦМЛ» показав цілком позитивну ситуацію. За результатами проведеного дослідження було виявлено ріст таких показників як оборотні активи та основні засоби, зокрема коефіцієнт придатності основних фондів та сум власного капіталу. Оцінка фінансових результатів дозволила виявити профіцити у 2019, 2020 та 2023 роках. Перевищення витрат над доходами мало місце у 2021 та 2022 роках. Зокрема, можна зробити висновок, що автономізація закладу дала можливість значно

збільшити свої доходи за рахунок надання платних послуг та продажу активів. Це значно зміцнило фінансову платформу для надання якісних медичних послуг населенню.

2.3. Аналіз матеріального забезпечення діяльності КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» в період реформування

З 2018 року реформа охорони здоров'я запроваджувалась в закладах первинної ланки, в лікарнях поступово почалися зміни в кадровому напрямку, в системі фінансування, розвитку та вдосконаленні матеріально-технічного забезпечення, а також проведення інших заходів, направлених на розвиток медичного закладу та удосконалення лікувального процесу.

З 1 квітня 2019 року в Україні стартував другий етап реформування української системи охорони здоров'я. Медичні заклади працюють вже за новим принципом фінансування: заклади отримують кошти за кожну надану послугу напряму з державного бюджету на свої рахунки, адже тепер мають підписані контракти з Національною службою здоров'я України.

У Кропивницькому цей етап трансформації торкнувся 8 закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану допомогу. В 2019 році вони перейшли у формат роботи некомерційних комунальних підприємств (НКП), тепер отримують фінансування від НСЗУ, бюджету міста та від пацієнтів.

Зокрема, мова йде й про КНП «ЦМЛ». Заклад був вчасно підготовлений до старту нового етапу трансформації системи: має контракт з НСЗУ і затверджені пакети послуг, що гарантовані пацієнту державою безкоштовно, за кошти міського бюджету Кропивницького забезпечені необхідною комп'ютерною та оргтехнікою, мають підключення до Інтернету та діючі інформаційні системи.

Перетворення КЗ «Центральна міська лікарня м. Кіровограда» у

комунальне некомерційне підприємство сприяло збільшенню їх самостійності в господарських і управлінських справах, стимулює до поліпшення якості медичних послуг і підвищення економічної ефективності використання активів.

Перехід КЗ «Центральна міська лікарня м. Кіровограда» в КНП «ЦМЛ» проходив в десять етапів:

1. 26 лютого 2019 року рішенням виконавчого комітету Міської ради міста Кропивницького № 111 погоджено проект рішення Міської ради міста Кропивницького щодо припинення комунального закладу «Центральна міська лікарня м. Кіровограда» шляхом перетворення (реорганізації) у комунальне некомерційне підприємство.

2. 19 березня 2019 року прийнято рішення Міської ради міста Кропивницького № 2438 щодо припинення комунального закладу «Центральна міська лікарня м. Кіровограда» шляхом перетворення (реорганізації) у комунальне некомерційне підприємство.

3. Рішенням Кропивницької міської ради» від 19 березня 2019 року було визначено склад комісії з перетворення, що в свою чергу протягом 6 місяців виконувала управління закладом.

4. З квітня по вересень 2019 року комісією з перетворення закладу проводилась інвентаризація та оцінка майна центральної міської лікарні, розгляд вимог кредиторів та на основі зазначеної роботи було підготовлено передавальний акт.

5. В жовтні 2019 року головою передавальної комісії було подано до Реєстраційної палати міста Кропивницького заяву про реєстрацію новоствореної юридичної особи – КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради» .

6. Протягом жовтня 2019 року з боку фінансового управління Міської ради міста Кропивницького були внесені відповідні зміни до розпису бюджету, а новостворений заклад погоджено на включення до мережі бюджетних установ міста.

7. В свою чергу керівництвом закладу «Центральна міська лікарня» були відкриті відповідні рахунки в банках та приведені у відповідність рахунки у відділенні Державної казначейської слюди міста Кропивницького.

8. В листопаді 2019 року керівництвом центральної міської лікарні було підготовлено і подано на розгляд пакет документів на отримання ліцензії на здійснення медичної практики.

9. В листопаді 2019 року з бюджету міста Кропивницького було виділено близько 372,5 тис. грн. на комп'ютеризацію центральної міської лікарні, а саме придбання комп'ютерів та принтерів в кількості 23 комплектів та підключено заклад до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС;

10. В грудні 2019 року КНП «ЦМЛ» отримала ліцензію на здійснення медичної практики та підписала договір з Національною службою здоров'я України.

Крім того, з метою автономізації закладу необхідною умовою від Національної служби здоров'я України було достатнє матеріально-технічного оснащення закладу.

Управлінням охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького було розроблено програму розвитку галузі охорони здоров'я, відповідно якої з бюджету м. Кропивницького проводились видатки направлені на безперебійну роботу закладів охорони здоров'я та удосконалення їх матеріально-технічного оснащення.

Відповідно до зазначеної програми центральною міською лікарнею протягом 2022 року здійснено ряд заходів.

Лікарню було забезпечено ФГ, Р-плівкою та реактивами для Р-кабінетів – за рахунок загального фонду бюджету придбано флюорографічну плівку, фіксаж та проявник на загальну суму 78,4 тис. грн., за рахунок спеціального фонду придбано флюорографічну плівку, фіксаж та проявник на загальну суму 25,4 тис. грн. Також придбано ЕКГ-папір на загальну суму 5,2 тис. грн., за рахунок загального та спеціального фонду. Забезпечено ЕКГ-плівкою для проведення ЕКГ-діагностики осіб старше 40 років.

Для оглядових кабінетів придбано витратні матеріали для оглядових кабінетів на загальну суму 5,3 тис. грн.

Забезпечення витратними матеріалами лабораторій для проведення ЗАК, ЗАС, визначення рівня глюкози – за рахунок загального фонду бюджету придбано реактиви лабораторні на суму 54,2 тис. грн., за рахунок спеціального фонду придбано витратні матеріали для лабораторії на суму 26,2 тис.грн.

На суму 2,9 тис. грн. було придбано витратні матеріали для визначення глікозильованого гемоглобіну, МНО, ліпідного спектру.

Здійснено забезпечення безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань, зокрема хворих на рідкісні (орфанні) захворювання - за рахунок загального фонду бюджету відшкодовано за лікарські засоби, відпущені по безкоштовних рецептах для 80 осіб на суму 141,3 тис. грн.

Закладом фактично проліковано ветеранів війни та інвалідів війни у кількості 233 чол., які провели 2212 л/дн. Витрати на харчування становили – 60,1 тис. грн. (27,17 грн. 1 л/день), на медикаменти та перев'язувальні матеріали – 73,4 тис. грн. (33,19 грн. 1 л/день).

Забезпечення інвалідів технічними засобами здійснено за рахунок коштів загального фонду бюджету було забезпечено технічними засобами інвалідів на загальну суму 35,5 тис. грн.

Заклад організував належне харчування в стаціонарних відділеннях. Так, за рахунок коштів загального фонду бюджету було забезпечено продуктами харчування хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні на суму 1398,6 тис. грн.

Також за рахунок загального фонду міського бюджету було забезпечено хворих медикаментами для надання невідкладної медичної допомоги на загальну суму 88,9 тис. грн.

Заклад забезпечив хворих паліативного відділення знеболюючими

засобами на суму 51,0 тис. грн., забезпечено харчуванням на суму 50,5 тис. грн.

КНП «ЦМЛ» провів поточні ремонти приміщень та інженерних мереж:

- відремонтовано каналізаційну мережу стаціонару №1 на суму 149,7 тис.грн.;
- здійснено ремонт водопроводу стаціонару №1 на суму 145,1 тис. грн.;
- поточний ремонт щитової стаціонару №1 на суму 199,9 тис. грн.;
- придбано за рахунок спеціального фонду бюджету будівельні матеріали на загальну суму 137,3 тис. грн.;
- отримано благодійну допомогу від БО «БФСРВМД» матеріали для ремонту приміщень на суму 18,3 тис. грн.;
- капітальний ремонт приміщень та комунікацій лікувально-профілактичних закладів міста за рахунок бюджет розвитку – пожежну сигналізацію у неврологічному відділенні, інфекційних відділеннях, дитячого інфекційного відділення стаціонару

Заклад забезпечено сучасним медичним та іншим обладнанням, санітарним автотранспортом – отримано благодійну допомогу від БО «БФСРВМД» 2 комп'ютери в зборі на суму 19,1 тис. грн.

За рахунок загального фонду проведено вогнезахисну обробку даху дитячого інфекційного відділення на суму 59,9 тис. грн., за рахунок коштів спеціального фонду проведено навчання з пожежної безпеки 2 членів пожежної дружини на суму 0,9 тис. грн., визначення показників пожежної небезпеки матеріалів (випробування лінолеуму) на суму 1,6 тис. грн., повірка пожежних кранів та гідрантів на суму 1,0 тис. грн., страхування членів ДПД на суму 0,9 тис. грн.

За ініціативи керівництва КНП «ЦМЛ» здійснено заміну вікон та дверей на енергозберігаючі на загальну суму 44,3 тис. грн.; отримано благодійну допомогу в натуральній формі на загальну суму 138,8 тис.грн. металопластикові вікна та двері.

Протягом 2023 року відповідно до Програми розвитку галузі охорони здоров'я КНП «ЦМЛ» проведені наступні заходи:

- забезпечення ФГ, Р-плівки та реактивів для Р-кабінетів – на загальну суму 11,4 тис. грн. (загальний фонд) та 18,7 тис. грн. за рахунок спеціального фонду;
- забезпечення витратними матеріалами оглядових кабінетів (рукавички, гінекологічні набори) – за рахунок спеціального фонду бюджету було придбано рукавички, щіточки та дзеркала гінекологічні, вату, спирт тощо на загальну суму 9,7 тис. грн.;
- забезпечення витратними матеріалами лабораторій для проведення ЗАК, ЗАС, визначення рівня глюкози – за рахунок загального фонду бюджету придбано реактиви лабораторні на суму 24,8 тис. грн., за рахунок спеціального фонду бюджету – на суму 28,8 тис. грн.;
- за рахунок загального фонду бюджету відшкодовано за лікарські засоби, відпущені по безкоштовних рецептах для 72 осіб на суму 139,1 тис. грн., за рахунок загального фонду бюджету відшкодовано за інсуліни, відпущені по безкоштовних рецептах для 452 особи на суму 515,5 тис. грн. Відшкодовано за лікарські засоби, відпущені по безкоштовних рецептах для 11 осіб на суму 5,3 тис. грн.;
- забезпечення інвалідів технічними засобами за рахунок коштів загального фонду бюджету на загальну суму 50,5 тис. грн.;
- придбано експрес-тестів для діагностики ВІЛ/СНІД в кількості 200 од. на суму 8,6 тис. грн.;
- забезпечення медикаментами для невідкладної медичної допомоги в стаціонарах закладів охорони здоров'я на загальну суму 63,1 тис. грн.;
- забезпечено хворих паліативного відділення харчуванням на суму 23,7 тис. грн. та знеболюючими засобами на суму 2,7 тис. грн.

В 2019 році закладом було проведено поточні ремонти приміщень та інженерних мереж закладів. Так, за рахунок спеціального фонду бюджету придбано будівельні матеріали на загальну суму 56,9 тис. грн. та отримано

благодійну допомогу у натуральній формі на суму 30,1 тис. грн. Також за рахунок спеціального фонду бюджету був проведений поточний ремонт водопроводу на суму 1,9 тис. грн.

Також відбулось забезпечення сучасним медичним та іншим обладнанням, санітарним автотранспортом (придбання рентгенапарату, комп'ютерної техніки) – за рахунок спеціального фонду бюджету придбано пральну машину в кількості 1 од. на суму 7,0 тис. грн., кондиціонер в кількості 1 од. на суму 9,2 тис. грн., насосний агрегат в кількості 1 од. на суму 10,5 тис. грн., кондиціонер в кількості 1 од. на суму 9,0 тис. грн., фотометр в кількості 1 од. на суму 26,2 тис. грн.

Таким чином, КНП «ЦМЛ» провела дієву роботу по удосконалення матеріально-технічної бази закладу, а також протягом 2023 року здійснила ряд заходів для успішної трансформації та перетворення у комунальне некомерційне підприємство, уклавши договір з Національною службою здоров'я України та успішно стала співучасником реформування галузі охорони здоров'я України в цілому.

РОЗДІЛ 3

ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1. Напрями вдосконалення фінансування розвитку установ охорони здоров'я

Один із ключових елементів соціальної сфери – це організація медичного обслуговування населення. Розвиток закладів охорони здоров'я, який базується на впровадженні новітніх медичних технологій і розширенні спектра медичних послуг, вимагає пошуку альтернативних джерел фінансування установ охорони здоров'я.

Аналіз світового досвіду фінансування медичних закладів дозволяє виділити кілька основних моделей.

Патерналістська модель М. Семашка, що ґрунтувалася на єдиному джерелі фінансування – державному бюджеті, відзначалася високим рівнем централізації управління галуззю. Вона функціонувала за залишковим принципом, коли витрати на охорону здоров'я здійснювались лише після фінансування пріоритетних сфер, таких як важка промисловість чи оборона [43]. Така модель була характерна для радянської системи охорони здоров'я.

Бюджетне фінансування, яке притаманне національним системам охорони здоров'я, контрольованим на центральному чи місцевому рівнях, є основою системи, розробленої У. Беверіджем. Ця модель функціонує у Великій Британії, Данії, Ірландії та скандинавських країнах, частково в Італії та Португалії. У таких країнах витрати на охорону здоров'я становлять від 6 до 10 % ВВП. Основним джерелом фінансування є прямі податки. Лікування пацієнтів здійснюється безкоштовно, а конкуренція між постачальниками медичних послуг за бюджетні кошти організовується через територіальні органи охорони здоров'я. Ринок медичних послуг жорстко регулюється з

точки зору цін і якості лікування [43, 46].

У таких країнах, як Австрія, Бельгія, Нідерланди, Люксембург, Канада, а також у нових державах Європейського Союзу, останнім часом домінує модель обов'язкового соціального медичного страхування, розроблена О. Бісмарком. У розвинених країнах рівень фінансування охорони здоров'я становить від 10 до 13 % від ВВП, а основними джерелами фінансування є страхові внески роботодавців і працівників [43].

Концепція Бісмарка базується на принципах соціального страхування. Медичні заклади фінансуються через цільові внески від підприємців, найманих працівників і субсидії держави. Медичні послуги покриваються за рахунок внесків до фонду охорони здоров'я, розмір яких залежить від платоспроможності, а доступ до послуг — від потреби. Зазвичай медичний фонд є незалежним від держави, хоча діє в межах національного законодавства. У рамках цієї моделі держава гарантує доступ до визначених видів медичних послуг, а частки внесків встановлюються на рівні, що забезпечує це право. Таким чином, роль держави полягає у забезпеченні доступу до медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхніх доходів, тоді як ринок медичних послуг орієнтований на задоволення потреб, що перевищують гарантований рівень послуг [128].

Варто також зазначити, що концепції Беверіджа і Бісмарка не виключають можливість добровільного медичного страхування (ДМС), яке надають комерційні страхові компанії. ДМС може бути колективним (груповим), коли підприємство виступає страхувальником, а його працівники є застрахованими.

Модель приватного медичного страхування є характерною для США, Філіппін, Південної Кореї та Австралії, а також поступово наближаються до неї Азербайджан і Грузія. Водночас між страховими компаніями існує конкуренція за платоспроможних і молодих пацієнтів. У США витрати на охорону здоров'я складають майже 18 % від ВВП, що є найвищим показником серед розвинених країн. Однак американська система має

недоліки, зокрема нераціональну структуру фінансування, з домінуванням витрат на лікарняний сектор. В результаті, середня тривалість життя в США нижча, ніж у Греції чи Іспанії, а рівень дитячої смертності вищий, ніж у Великобританії [43].

У країнах, що розвиваються, основним компонентом системи охорони здоров'я є ринок приватних медичних послуг, а також безпосередні платежі пацієнтів лікарям. Державний сектор охорони здоров'я в таких країнах має обмежену роль [43].

Система багатоканального фінансування, яка включає доходи від страхових організацій, відрахування з заробітної плати та кошти з державного бюджету, забезпечує необхідну гнучкість і стабільність фінансової бази для соціально-страхової медицини. В країнах, таких як Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія та інші, фінансування охорони здоров'я переважно здійснюється за рахунок позабюджетних фондів медичного страхування. Німецька модель охорони здоров'я характеризується наявністю кількох медичних фондів державного страхування та співіснуванням державних і приватних постачальників медичних послуг, а також децентралізацією управління охороною здоров'я [83]. У сучасних умовах система багатоканального фінансування є найбільш ефективною, оскільки вона дозволяє забезпечити фінансування медичних установ за рахунок різних джерел.

Аналіз фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах дозволяє зробити такі висновки:

- зарубіжні системи охорони здоров'я можна класифікувати за основним джерелом фінансування на державні, страхові та приватні моделі;
- для фінансування охорони здоров'я, незалежно від її типу, виділяється не менше 6 % ВВП;
- основними джерелами фінансування охорони здоров'я сьогодні є державне бюджетне фінансування, кошти системи соціального страхування, особисті внески громадян, а також кошти благодійних фондів і організацій,

внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб;

– держава розробляє систему фінансово-організаційних заходів для залучення благодійних і спонсорських внесків у сферу охорони здоров'я.

Переваги та недоліки державної, страхової та приватної моделей фінансування охорони здоров'я зібрані в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Переваги та недоліки моделей фінансування

Модель	Переваги	Недоліки
Державна	Високий рівень охоплення населення безкоштовними медичними послугами. Менша витратність порівняно з двома іншими моделями. Вища ефективність у вирішенні великих стратегічних проблем охорони здоров'я. Велика стійкість системи охорони здоров'я в результаті вищого рівня покриття витрат з громадських джерел	Істотна залежність джерел фінансування охорони здоров'я від економічної кон'юнктури. Наявність черг на отримання медичних послуг як результат переважно одноканального фінансування з бюджету. Недостатня захищеність споживача від медичних послуг невисокої якості
Страхова	Високий рівень охоплення населення безкоштовними медичними послугами. Гнучкість щодо акумулювання ресурсів і менша, ніж у бюджетній моделі, залежність від забезпеченості фінансовими ресурсами. Чіткий поділ функцій фінансування і надання медичних послуг. Вища порівняно з бюджетною моделлю роль конкурентних механізмів у підвищенні якості медичних послуг, що надаються приватними лікарями і установами різних форм власності. Дотримання принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Більш структурований, ніж у бюджетній моделі, розподіл коштів	Вища, ніж у бюджетній моделі, частка витрат на охорону здоров'я в ВВП. Наявність черг на отримання медичних послуг як результат переважно одноканального фінансування з державного фонду медичного страхування
Приватна	Широкий діапазон медичних установ. Відсутність черг на медичне обслуговування. Упор на якість медичної допомоги і захист прав споживачів. Високі доходи лікарів та інших медичних працівників	Відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я. Фрагментарність медичних послуг. Домінуюча роль приватної медицини. Недостатньо високий рівень доступності медичних послуг для більшості населення, значна частина населення не охоплена ніякими видами страхування. Дорогі медичні послуги часто виявляються без достатніх медичних показань

Джерело: [46, 48]

В Україні основним джерелом фінансування медичних установ є бюджетні кошти, які надходять у рамках програми державних гарантій безкоштовного медичного обслуговування, що покриває витрати на надані медичні послуги. Таким чином, збільшення бюджетного фінансування є критично важливим для стабільної роботи медичних закладів. Проте для забезпечення додаткових фінансових ресурсів необхідно активно шукати нові джерела, зокрема через добровільне медичне страхування, укладання угод з різними структурами територіальних громад, створення благодійних фондів та медичне забезпечення пільгових категорій громадян, а також розширення асортименту платних медичних послуг і реалізацію інноваційних медичних та інших проектів [40, с. 5].

До додаткових джерел фінансування можна віднести благодійну допомогу та гранти, кошти добровільного медичного страхування, оплату послуг лікарні за угодами, а також надходження за послуги, що перевищують нормативи безкоштовної медичної допомоги або надані за ініціативою пацієнта, добровільні внески і пожертви, а також інші джерела, не заборонені законодавством.

Розвиток закладів охорони здоров'я має відбуватись за такими напрямками: надання високоякісних медичних послуг населенню, впровадження інноваційних медичних технологій, надання приватних медичних послуг та комерціалізація інновацій. Фінансове забезпечення цих напрямів пропонується здійснювати через багатоканальну систему фінансування.

Основними джерелами фінансування медичних послуг стануть страхові внески підприємств і працівників, що відраховуються з їхньої заробітної плати. Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», фінансування медичних послуг, що входять до програми медичних гарантій, здійснюється за рахунок державного бюджету [23].

Іншим джерелом фінансування інноваційних медичних послуг для

працівників залізничного транспорту та інших категорій населення є внески на основі страхування, зокрема через створення медичних ощадних рахунків пацієнтів. Медичні ощадні рахунки (MOP, або в міжнародній практиці MSA – Medical Savings Account або HSA – Health Savings Account) являють собою фінансовий механізм, за якого кошти для медичних витрат зберігаються безпосередньо за індивідом і можуть використовуватись ним на власний розсуд у межах законодавчих обмежень. Управління такими рахунками здійснюють страхові компанії або банки. Кошти, що залишаються на рахунок наприкінці року, переносяться на наступні періоди, а прибуток від їх інвестування не підлягає оподаткуванню.

Фінансування розвитку медичних закладів можна також забезпечувати через надання платних послуг для тих категорій населення, які не є учасниками інших фінансових систем. Механізм фінансування розвитку медичних установ слід формувати на основі принципів, зазначених у [34, с. 253].

- створення та функціонування прозорої системи фінансових потоків між державними органами, підприємствами та регіональними установами для фінансування охорони здоров'я;

- повне забезпечення медичних закладів усіх типів необхідними фінансовими ресурсами;

- сприяння фінансовій зацікавленості підприємств і організацій у розвитку медичної сфери;

- визначення та подальше розширення позабюджетних джерел фінансування медичних установ;

- підтримка і розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки, служби лікаря загальної практики для забезпечення доступності, комплексності та економічної ефективності медичних послуг для працівників залізничного транспорту та населення;

- фінансування обов'язкового медичного страхування непрацюючих громадян за рахунок державного бюджету;

- чітке визначення джерел фінансування для кожного виду медичної діяльності в закладах охорони здоров'я;
- визначення відповідальності органів влади та управління за своєчасне та повне фінансування охорони здоров'я;
- забезпечення належного контролю за фінансовими потоками в закладах охорони здоров'я.

Крім того, слід враховувати, що фінансування охорони здоров'я є багаторівневим та багатоканальним процесом. Воно здійснюється за рахунок двох основних джерел фінансування: бюджетних коштів і ресурсів системи обов'язкового медичного страхування. Споживання медичних послуг може здійснюватися безкоштовно, частково за оплату або на комерційній основі. В умовах нових соціально-економічних реалій та дефіциту фінансування, необхідно розвивати додаткові форми фінансування, такі як самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійні та спонсорські внески, а також приватні інвестиції. Ефективність фінансування охорони здоров'я може бути оцінена за допомогою кількісних показників.

При розробці механізму фінансування охорони здоров'я можна використовувати три підходи: рівневий, функціональний та інституційний. За рівневим підходом механізм структурується відповідно до рівнів бюджетної системи, які відповідають за фінансування охорони здоров'я. При функціональному підході виділяються основні функціональні блоки: організаційний, методичний, нормативно-правовий та інформаційний, що дозволяє оцінити відповідність та узгодженість фінансових потоків у системі. Інституційний підхід передбачає структурування механізму фінансування за основними складовими: суб'єктами організації та управління, інформаційним забезпеченням, нормативно-правовим забезпеченням, а також формами і методами фінансування, що дає змогу оцінити ефективність механізму з точки зору управління фінансовими потоками.

Структуру і схему механізму фінансування закладів охорони здоров'я можна сформулювати на основі синтезу вищезазначених підходів (рис. 3.1).

Фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я АТ «Укрзалізниця» в контексті створення замкненого циклу розробки та впровадження інноваційних медичних технологій (функціонування Центру медичних технологій) включає такі підсистеми [30, с. 255]:

Функціональна підсистема – система фінансування інноваційних процесів, що відображає механізм акумулювання та розподілу фінансових ресурсів для задоволення потреб у інвестиціях у процесі інноваційної діяльності.

Інституційна підсистема – описує фінансові та інформаційні потоки в системі фінансування інноваційних процесів, де ключовим є регулювання державою порядку формування і використання інвестиційних ресурсів, а також створення нормативно-правового та інформаційно-аналітичного забезпечення для інноваційного фінансування.

Принципи організації фінансового забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я повинні базуватися на використанні різноманітних джерел фінансування та передбачати швидке і ефективно впровадження інновацій з подальшою їх комерціалізацією, що сприяє збільшенню фінансової ефективності від інноваційної діяльності. Аналізуючи міжнародний досвід фінансування медичних інновацій, ми пропонуємо наступну модель фінансової підтримки розвитку закладів охорони здоров'я, представлену на рис. 3.2.

Слід запровадити диференціацію форм фінансування залежно від типу медичної інновації. "Короткострокові" інновації, які потребують мінімальних капіталовкладень або мають потенціал для швидкої комерціалізації, можуть отримувати державну підтримку через спеціалізовані фонди або залучати ресурси від венчурних інвесторів. Це найоперативніший спосіб забезпечення фінансування для виведення таких інновацій на ринок. У разі фінансування венчурними інвесторами слід враховувати, що їхні ризики відображаються у розмірі участі в підприємстві або в умовах повернення коштів, зокрема через премію за ризик.

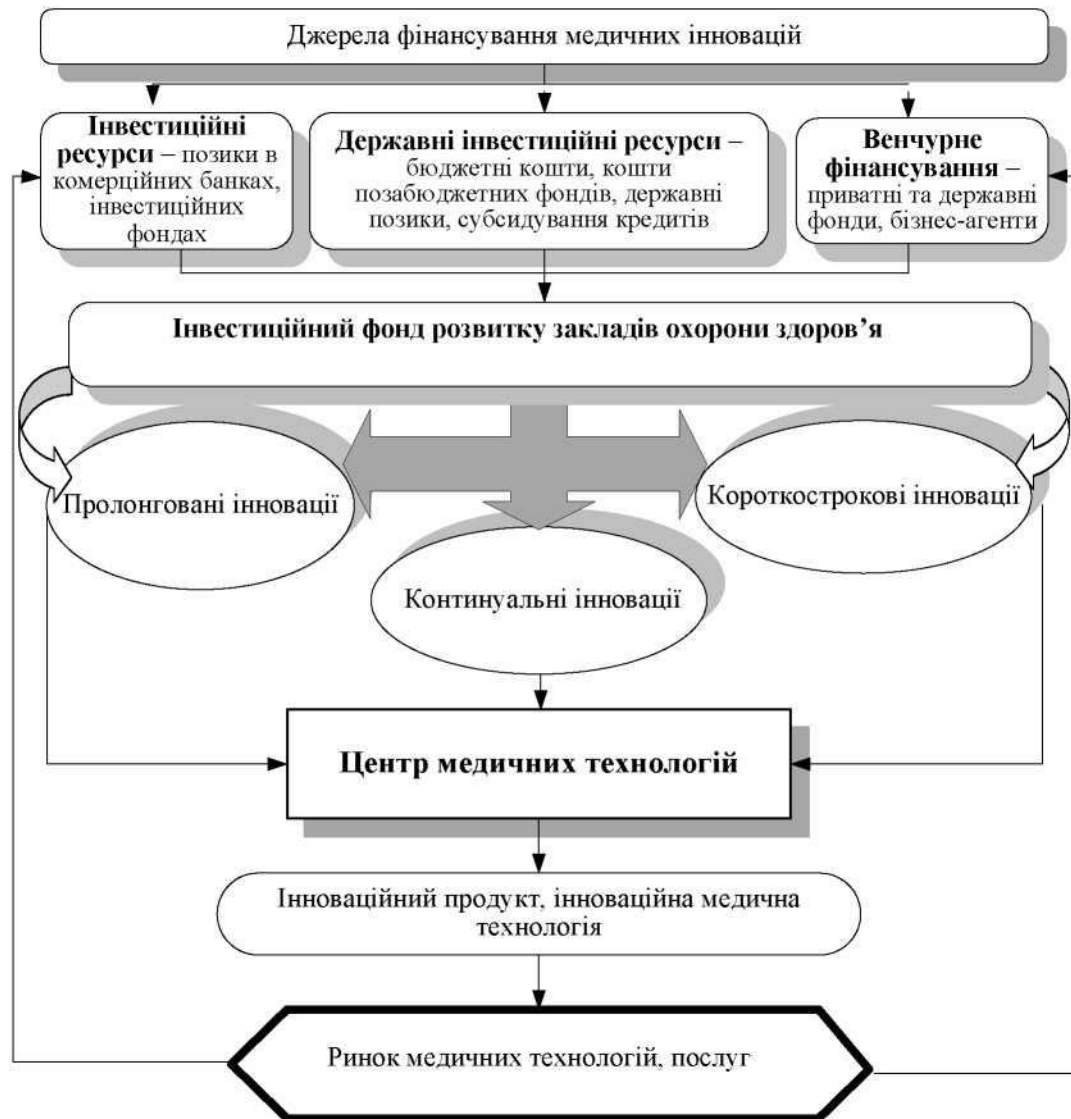


Рис. 3.2. Модель диференційованої фінансової підтримки розвитку закладів охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

"Пролонговані" інновації можуть покладатися як на державну підтримку, так і на кредити чи позики від комерційних структур. Цей тип інновацій зазвичай характеризується помірними інвестиційними ризиками та зрозумілими термінами окупності.

"Континуальні" інновації, навпаки, є переважно сферою відповідальності держави. Їх реалізація потребує значних фінансових вкладень, які недоступні для малого чи середнього бізнесу. Така модель фінансування повинна забезпечувати зворотний зв'язок між ринком і

науковими розробками, що сприятиме конкуренції серед дослідників і бізнесу. Уникнення монополізації в межах моделі дозволить зберегти динамічність у фінансуванні, приток нових фахівців і розвиток інновацій.

Ефективним механізмом забезпечення фінансування охорони здоров'я є комерціалізація інноваційних медичних технологій. Її доцільно реалізовувати шляхом продажу стороннім підприємствам інновацій, розроблених Центром медичних технологій, який є частиною Центру охорони здоров'я. Кошти, отримані від реалізації таких інновацій, мають акумулюватися в Інвестиційному фонді розвитку закладів охорони здоров'я.

Основною метою такого фонду є накопичення фінансових ресурсів як від держави, так і від приватних інвесторів. Ці кошти будуть спрямовуватися на інвестиційно-інноваційні проєкти, що передбачають модернізацію медичних закладів, розробку та впровадження нових медичних технологій і продуктів.

Окрім того, фонд сприятиме реалізації проєктів на основі державно-приватного партнерства, дозволяючи залучати необхідні інвестиції для розвитку галузі. У сучасних умовах доцільно формувати багатоканальну систему фінансування, яка забезпечить доступ до ресурсів з різних джерел. Такий підхід допоможе реалізовувати проєкти з розробки та впровадження інноваційних медичних послуг і технологій.

3.2. Обґрунтування створення відділення легеневої терапії з кабінетом променевої діагностики на базі КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради

У 2019 році світ зіткнувся з новою пандемією, викликаною гострою респіраторною хворобою COVID-19. В Україні, починаючи з 2020 року, коронавірус почав швидко поширюватися.

У кожному місті створювали госпітальні бази для лікування пацієнтів

із COVID-19. Для контролю епідеміологічної ситуації у місті Кропивницький на базі стаціонару №1 КНП «ЦМЛ» було розгорнуто госпіталь для прийому і лікування хворих, який включає дитяче та доросле інфекційне відділення з боксованими палатами.

Однак через швидке поширення хвороби та її важкий перебіг кількість ліжок виявилася недостатньою. Крім того, пацієнти, які одужали від коронавірусу, потребують тривалої реабілітації.

Враховуючи це, важливим є питання забезпечення стаціонарної допомоги хворим на COVID-19 та надання послуг посткоронавірусної реабілітації. Доцільним рішенням є створення у структурі КНП «ЦМЛ» сучасного відділення легеневої терапії з діагностичним кабінетом у наявному вільному корпусі лікарні.

Алгоритм створення та оснащення відділення легеневої терапії КНП «ЦМЛ»:

1. Проведення капітального ремонту приміщення. Для цього необхідно розробити проектно-кошторисну документацію для ремонту вільного корпусу лікарні.

2. Укладання договору. Для розробки проектно-кошторисної документації слід укласти договір із підрядником.

3. Оцінка виконаних робіт. Підрядник складає акт виконаних робіт, де зазначено вартість послуг з виготовлення документації та загальну вартість ремонтних робіт.

Основними документами, які регулюють склад, зміст та вартість проектно-кошторисної документації, є:

- ДБН А.2.2-3-2014 – визначає склад та зміст документації на нове будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт та технічне переоснащення будівель;

- ДСТУ Б.Д.1.1-1:2013 – встановлює основні положення щодо визначення вартості будівництва, реконструкції та ремонту об'єктів [4].

Витрати, пов'язані з розробкою проектно-кошторисної документації,

включаються до зведеного кошторисного розрахунку і є частиною загальної вартості проєкту. У розрахунку враховуються всі витрати, пов'язані з будівельними та монтажними роботами, закупівлею обладнання, меблів і супутніми витратами.

Зважаючи на те, що створення проектно-кошторисної документації є частиною витрат на капітальний ремонт, її облік здійснюється так само, як і облік витрат на сам ремонт. Планування видатків на ці роботи регулюється Інструкцією № 333 [4].

Витрати на розробку проектно-кошторисної документації, залежно від характеру робіт, установи здійснюють за відповідними КЕКВ:

- КЕКВ 2240 «Оплата послуг» – витрати на розробку проектно-кошторисної документації для поточного ремонту, монтажу обладнання та устаткування, а також оплату містобудівного обґрунтування та інших передпроектних робіт для капітального ремонту, будівництва чи реконструкції, якщо ці роботи не включені до проектно-кошторисної документації.

- КЕКВ 3131 «Капітальний ремонт житлового фонду (приміщень)» – витрати на розробку проектно-кошторисної документації для капітального ремонту будівель, споруд чи об'єктів, а також на супровідні роботи, які є складовою частиною загальної вартості робіт відповідно до державних будівельних норм.

- КЕКВ 3132 «Капітальний ремонт інших об'єктів» – витрати на розробку проектно-кошторисної документації для капітального ремонту інших об'єктів і виконання супровідних робіт, які включаються до загальної вартості робіт за державними будівельними нормами [4].

Таким чином, витрати на проектно-кошторисну документацію для капітального ремонту будівель, споруд чи інших об'єктів і супутні роботи включаються до КЕКВ залежно від основного виду робіт. Для капітального ремонту інших об'єктів зазвичай використовується КЕКВ 3132.

Витрати на утримання об'єктів основних засобів (технічний нагляд,

обслуговування, ремонт), які спрямовані на підтримання їх продуктивності або корисності, відносяться до витрат звітного періоду, у якому вони були понесені [4].

Таким чином, усі витрати, пов'язані з утриманням об'єктів основних засобів, включаючи ремонти, технічне обслуговування та нагляд, належать до витрат звітного періоду. Витрати на капітальний ремонт і його складові, зокрема проектно-кошторисна документація, для бюджетних установ не додаються до первісної вартості об'єкта, що ремонтується.

Попередній план ремонтних робіт охоплює площу близько 1000 м², а їх загальна вартість після тендерних процедур становить приблизно 6000,0 тис. грн.

До переліку робіт входить:

- демонтаж керамічної плитки, дерев'яних плінтусів, відбиття штукатурки;
- встановлення нових вікон і дверей;
- ремонт стелі та стін;
- оновлення водопровідної, каналізаційної та опалювальної систем;
- облаштування вентиляції;
- ремонт електрообладнання.

Наступним кроком реорганізації є обладнання відділення легеневої терапії.

Сучасне відділення має бути розраховане щонайменше на 100 ліжок і включати палату інтенсивної терапії та кабінет променевої діагностики. Особливу увагу слід приділити оснащенню відділення медичним обладнанням і засобами. Відділення повинно бути забезпечене достатньою кількістю виробів медичного призначення.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 року № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування» [30], відділення терапевтичного профілю, зокрема легеневої

терапії, має бути оснащене відповідно до встановлених норм (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Оснащення відділення легеневої терапії

Найменування обладнання	Мінімальна кількість	Потреба	Вартість за одиницю, грн.	Вартість потреб, тис. грн.
1	2	3	4	5
Апарат дихальний ручний	4	15	1150	17,3
Апарат для штучної вентиляції	1	5	390000	1950,0
Апарат рентгенівський терапевтичний		1	4400000	4400,0
Банки	50	150	3,5	0,5
Бікс (набір)	4	15	100	1,5
Відсмоктувач хірургічний	2	10	5070	50,7
Візок для перевезення медикаментів	2	2	2620	5,2
Трубка газовідвідна	1	10	320	3,2
Грілка	8	20	100	2,0
Груша клізменна	5	10	20	0,2
Джгут	1	5	10	0,1
Динамометр	5	5	26100	130,5
Електрокардіограф	1	1	18900	18,9
Ємність для дезінфекції	8	15	50	0,8
Індикатор цукру в крові	1	1	395	0,4
Кардіомонітор	3	10	20300	200,3
Візок зі зйомники ношами	2	5	1000	5,0
Крісло-візок	2	5	4000	20,0
Кухоль Есмарха	5	20	52	1,0
Кушетка медична	2	5	2300	11,5
Ліжко функціональне	10	30	4500	135,0
Лоток ниркоподібний	5	20	20	0,4
Лоток прямокутний	5	20	20	0,4
Милиці	5	15	150	2,3
Міхур для льоду	3	10	95	1,0
Негатоскоп	1	2	5500	11,0
Опромінювач бактерицидний портативний	2	10	1650	16,5

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
Пульсоксиметр	1	50	500	25,0
Сейф для зберігання медикаментів	1	5	5800	29,0
Спиртівка із сухим спиртом	3	10	120	1,2
Спірометр	5	20	13500	270,0
Стетоскоп	2	10	180	1,8
Стіл маніпуляційний	4	12	1620	19,4
Термометр медичний	10	30	20	0,6
Тонометр	1	3	500	1,5
Трубка ендотрахеальна	2	20	25	0,5
Холодильник для медикаментів	1	1	10000	10,0
Шафа медична	2	5	6900	34,5
Шафа сухожарова	2	5	15500	77,5
Шпетель	10	30	300	9,0
Шприц Жане	1	3	450	1,5
Штатив для внутрішньовенних вливань	10	30	600	18,0
Штатив для пробірок	5	15	150	2,3
РАЗОМ				7487,5

Джерело: складено автором

Ключовим елементом обладнання відділення є придбання апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ). Для забезпечення якісної респіраторної підтримки пацієнтів різних вікових категорій (дорослі, діти, немовлята) рекомендується використовувати апарат ШВЛ моделі Dol600pro.

Ця універсальна система оснащена вбудованим повітряним компресором і резервною батареєю, яка забезпечує аварійне живлення протягом 2 годин. Таке обладнання є незамінним для ефективного лікування пацієнтів із тяжкими патологіями легенів.

Апарат штучної вентиляції легень забезпечує подачу кисню та виведення вуглекислого газу під час реанімаційних заходів і проведення інтенсивної терапії. Обладнання підтримує 21 режим роботи, що розширює його можливості, зокрема:

- автоматичне визначення зупинки дихання;
- контроль вдиху та видиху;
- подвійна вентиляція легень;
- киснева терапія тощо.

Модель апарата ШВЛ Dol600pro відповідає стандартам якості та безпеки СЄ та ISO, що підтверджує її надійність. Його технічні характеристики адаптовані до складних умов роботи у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації. Обладнання оснащено кольоровим TFT-дисплеєм, який відображає інформацію про проведені заходи та дозволяє контролювати ключові параметри ШВЛ.

Основні переваги Dol600pro:

- зручний інтерфейс із ручними та автоматичними налаштуваннями;
- чутливі датчики та клапани контролю;
- вбудований датчик високої стійкості для входу/виходу;
- пам'ять, що зберігає до 72 годин числових і графічних даних;
- резервна батарея, яка забезпечує аварійне живлення до 2 годин.

Апарат відстежує понад 30 параметрів вентиляції, передаючи інформацію через трирівневу систему візуалізації та аварійних сповіщень.

Комплектація Dol600pro включає:

1. Вологоуловлювач.
2. Зволожувач.
3. Корпус апарата.
4. Кронштейн підтримки.
5. Датчик температури зволожувача.
6. Компресор.
7. L-подібний з'єднувач.
8. Штучну легеню.
9. Трубопровід дихального контуру.
10. Модулі SPO2 та ETCO2 (опційно).

Вартість апарата Dol600pro – 390,0 тис. грн за одиницю.

Крім апарата ШВЛ, важливим для діагностики захворювань легень є якісний рентгенівський апарат.

Цифрова стаціонарна рентгенографічна система ASR-6850P призначена для широкого спектра діагностичних завдань.

Особливості ASR-6850P:

- цифровий плоскопанельний детектор;
- висока якість зображення без спотворень;
- оптимізація процесу обстеження;
- повна DICOM-сумісність;
- інтеграція в RIS;
- автоматичне та моторизоване діафрагмування;
- гнучке позиціонування відповідно до типу обстеження.

Плоскопанельний детектор із розміром 43×43 см дозволяє отримувати знімки великих областей за один раз із високою роздільною здатністю. Рентген-апарат підтримує зйомку пацієнтів у різних положеннях: стоячи, сидячи в інвалідному візку або лежачи на каталці.

Для зменшення променевого навантаження використовується автоматична система контролю експозиції, що налаштовує параметри обстеження відповідно до статури пацієнта. Попередній знімок доступний уже через 3 секунди після обстеження.

Сучасне програмне забезпечення рентген-апарата полегшує управління процесом, а налаштування експозиції та позиціонування здійснюються через сенсорний екран.

Комплектація ASR-6850P включає:

- стаціонарну рентгенографічну систему;
- стійку для фіксації трубки;
- вертикальний граф;
- стіл для пацієнта з вбудованим генератором;
- дозиметричну систему;

- плоскопанельний детектор;
- робочу станцію лаборанта;
- принтер для сухого друку.

Ця система забезпечує високу продуктивність і точність діагностики, відповідаючи сучасним медичним стандартам.

Переваги рентгенографічної системи ASR-6850P:

- оптимальне співвідношення ціни та якості;
- гарантійний термін 24 місяці;
- висока пропускна здатність, що забезпечує ефективність роботи;
- зручна конструкція, яка полегшує позиціонування пацієнта;
- інтуїтивно зрозумілий сенсорний інтерфейс, що дозволяє швидко налаштовувати систему;
- технології постобробки зображень, які гарантують стабільно високу якість знімків, виключаючи потребу в повторних обстеженнях.

Вартість системи ASR-6850P становить 4 750,0 тис. грн.

Палата інтенсивної терапії повинна бути розрахована як мінімум на 10 ліжок і забезпечувати цілодобову медичну допомогу пацієнтам із нестабільним станом, високим ризиком дестабілізації або стабільно тяжким станом.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування», палата інтенсивної терапії має бути укомплектована необхідним обладнанням. Детальний перелік і вартість оснащення наведено в таблиці 3.3.

Крім того, важливим етапом створення відділення легеневої терапії є обладнання кабінету променевої діагностики. Це дозволить проводити своєчасну та якісну діагностику захворювань легень, підвищуючи ефективність лікування.

Таблиця 3.3

Оснащення палати інтенсивної терапії

Найменування обладнання	Мінімальна кількість	Потреба	Вартість за одиницю, грн.	Вартість потреб, тис. грн
Мішок Амбу	1	3	1200	3,6
Ларингоскоп з набором клинків	1	3	2500	7,5
Панель приліжкова (2 кисневих відходи, 1 для вакууму, 1 для стисненого повітря, 6 електричних розеток)	1	5	1035	5,1
Візок маніпуляційний	1	1	2620	2,6
Дефібрилятор	1	1	22600	22,6
Електрокардіограф	1	1	18900	18,9
Апарат ШВЛ	1	3	390000	1170,0
Каталка транспортна	1	3	1000	3,0
Отоскоп	1	3	1200	3,6
Офтальмоскоп	1	1	1800	1,8
Помпа волюметрична	1	3	53700	161,1
Насос шприцевий інфузійний	1	3	17500	52,5
Стійка інфузійна	1	3	10700	32,1
Аспіратор портативний	1	3	6500	19,5
Стіл операційний мобільний	1	1	71300	71,3
Освітлювач операційний	1	1	144600	144,6
Апарат дихальний	1	1	184000	184,0
Набір малий хірургічний	1	3	485	1,5
Монітор пацієнта	1	3	32400	97,2
Система кисне забезпечення портативна	1	5	22900	114,5
Шафа пересувна для ліків	1	1	6900	6,9
Маска киснева	10	30	300	9,0
Канюлі носові	10	30	70	2,1
РАЗОМ				2135,0

Джерело: складено автором

Згідно з табелем оснащення кабінету променевої діагностики, затвердженим наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 734, кабінет має бути укомплектований визначеним переліком обладнання [30]. Розрахунок вартості цього обладнання наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Оснащення кабінету променевої діагностики

Найменування обладнання	Мінімальна кількість	Потреба	Вартість за одиницю, грн.	Вартість потреб, тис. грн.
МРТ томограф	1	1	6500000	6500,0
Комп'ютерний томограф	1	1	14000000	14000,0
Апарат УЗД з набором датчиків	1	1	840000	840,0
РАЗОМ				21340,0

Джерело: складено автором

Магнітно-резонансний томограф NSM-S15P ідеально підходить для рутинної діагностики в медичних закладах різних типів. Він забезпечує високу якість зображень, надійність, а також значну ефективність і клінічну корисність. Завдяки сучасним функціональним можливостям, NSM-S15P підтримує інноваційні підходи в нових галузях діагностики, що сприяє підвищенню діагностичного рівня закладу.

Модель NSM-S15P оптимально поєднує продуктивність і функціональність, відповідаючи очікуванням щодо інвестицій і вартості, роблячи технологію 1.5T зручною у використанні.

Особливості NSM-S15P:

- ергономічний дизайн і технологія зниження шуму HW&SW для підвищення комфорту пацієнта;
- унікальна система екранування градієнта і зменшення вихрових струмів для отримання знімків високої якості;
- широкий спектр клінічних застосувань;
- підвищена швидкість сканування для обслуговування більшої кількості пацієнтів;
- інтелектуальні алгоритми обробки для прискорення позиціонування та зменшення часу роботи.

Вартість NSM-S15P складає 6 500,0 тис. грн.

Комп'ютерний томограф ANATOM 32Fit – це доступне та універсальне рішення для виконання основних видів комп'ютерної томографії. Завдяки

оптимізованим робочим процесам і багатофункціональному програмному забезпеченню, система забезпечує високу ефективність та підвищує рентабельність.

Енергоефективна технологія Accu-Saving дозволяє знизити щоденні експлуатаційні витрати, а високоякісна рентгенівська трубка, генератор і довговічний детектор ANKE OptiWave забезпечують стабільність роботи навіть після багаторічної експлуатації.

Програмне забезпечення та технології ANATOM 32Fit:

- обробка зображень у 3D і багатопланова реконструкція (MPR);
- об'ємна візуалізація (VR) та віртуальна ендоскопія (VE);
- комп'ютерна томографічна ангіографія (СТА) і сегментація тканин;
- технології придушення артефактів і автоматизація дозування;
- режими низькодозового сканування для дітей та органів (легені, внутрішнє вухо тощо);
- покращена візуалізація головного мозку та органів з високою роздільною здатністю.

Переваги ANATOM 32Fit:

- зменшення витрат на запуск і обслуговування.
- компактний дизайн для розміщення у невеликих приміщеннях.
- економія електроенергії.
- знижене дозоване навантаження на пацієнтів.
- висока якість зображення та зручність у використанні.

Вартість комп'ютерного томографа ANATOM 32Fit 14500,0 тис. грн.

SonoScape SSI-6000 — це стаціонарний апарат для ультразвукової діагностики, який відзначається високою продуктивністю завдяки використанню сучасних методик і передового програмного забезпечення. Пристрій оснащений автоматичною функцією покращення зображення, яка усуває зернистість і оптимізує якість картини, а також зменшує артефакти та шуми, забезпечуючи чітке дослідження необхідної ділянки.

Однією з особливостей апарата є режим визначення тканин, що

дозволяє автоматично підбирати частоту датчика, формувати ультразвуковий промінь і змінювати діапазон у разі потреби. Завдяки цьому можна проводити дослідження будь-яких органів, навіть у складних пацієнтів, що стало можливим завдяки високій глибині проникнення променя і можливості його тонкого налаштування.

Панель управління пристрою інтуїтивно зрозуміла, а програмовані кнопки дозволяють адаптувати її під індивідуальні потреби користувача. SonoScape SSI-6000 оснащений трьома портами для одночасного підключення декількох датчиків, а потужний процесор і програмне забезпечення забезпечують обробку даних із дев'яти фокусних зон одночасно.

Зображення виводиться на 17-дюймовий РК-екран у реальному часі, а функція «стоп-кадр» дозволяє зупинити зображення для аналізу навіть під час процедури. Система підтримує широкий діапазон застосувань і дозволяє зберігати інформацію в пам'яті апарата, на зовнішніх носіях або передавати її на ПК чи мережу.

Вартість цього сучасного УЗД-апарата становить 840,0 тис. грн.

Для створення відділення легеневої терапії, необхідного для діагностики та лікування хворих на COVID-19 і пацієнтів із легневими захворюваннями, потрібні значні капіталовкладення:

- капітальний ремонт приміщення — 6000,0 тис. грн;
- оснащення медичним обладнанням та інвентарем — 7487,5 тис. грн;
- палата інтенсивної терапії на 10 ліжок — 2135,0 тис. грн;
- кабінет променевої діагностики — 21340,0 тис. грн.

Загалом, реалізація цього проекту є досить витратною, але вкрай важливою для підвищення якості медичних послуг у регіоні.

Оскільки поліпшення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я належить до компетенції міст обласного значення, фінансування створення відділення легеневої терапії здійснюється за рахунок бюджету розвитку міста Кропивницького, а також із залученням благодійних внесків.

3.3. Пропозиції щодо оптимальної структури та організації роботи новоствореного відділення

Відділення легеневої терапії КНП «ЦМЛ» має терапевтичний профіль, тому по складу та структурі відповідає вимогам організації відділень терапевтичного напрямлення. Відділення легеневої терапії призначене для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу, спричинену COVID-19, ускладненнями після хвороби, а також іншими хворобами та патологіями легень. Також, у відділенні пропонується надавати допомогу хворим, які потребують тривалого лікування, догляду, проведення діагностики та інших процедур.

Відділення легеневої терапії є спеціалізованим і кількість ліжок для надання кваліфікованої допомоги повинна бути на рівні 100 ліжок, 10 з яких – це палата інтенсивної терапії. Передбачається, що відділ буде мати наступну структуру:

- кабінет завідуючого відділенням;
- процедурний кабінет;
- ординаторська;
- кабінет УЗД;
- кабінет комп'ютерної томографії;
- кабінет старшої медичної сестри відділення;
- сестринська кімната;
- санвузол;
- ванна кімната або душова;
- палати для пацієнтів;
- маніпуляційна;
- білизняна для зберігання чистої і брудної білизни;
- буфетна для роздачі їжі;
- їдальня для прийому їжі.

Відділення легеневої терапії КНП «ЦМЛ» має терапевтичний профіль і за своєю структурою відповідає вимогам, що висуваються до організації терапевтичних відділень. Основним завданням відділення є надання медичної допомоги пацієнтам із гострою респіраторною хворобою, спричиненою COVID-19, ускладненнями після перенесеної хвороби, а також із іншими захворюваннями та патологіями легень. Крім того, передбачається обслуговування пацієнтів, які потребують тривалого лікування, догляду, діагностичних процедур та інших медичних втручань.

Відділення спеціалізується на легеневій терапії і розраховане на 100 ліжок, з яких 10 призначені для палати інтенсивної терапії. Запланована структура відділення включає:

- кабінет завідувача відділенням;
- процедурний кабінет;
- ординаторську;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- кабінет комп'ютерної томографії;
- кабінет старшої медичної сестри;
- кімнату для медичних сестер;
- санвузол;
- ванну кімнату або душову;
- пацієнтські палати;
- маніпуляційну;
- кімнату для зберігання чистої та використаної білизни;
- буфетну для роздачі їжі;
- їдальню для пацієнтів.

Ця структура забезпечить ефективну організацію роботи та створить комфортні умови для пацієнтів і медичного персоналу.

Проведемо розрахунок штатної чисельності для новоствореного відділення легеневої терапії. Орієнтовний штатний розпис виглядає наступним чином:

1. Завідувач відділенням (1 посада) – відповідає за організацію лікувального процесу, проводить консультації лікарів, здійснює контроль за діяльністю середнього та молодшого медичного персоналу.

2. Лікарі-терапевти (7 посад) – забезпечують лікування пацієнтів у закріплених за ними палатах.

3. Лікарі-діагности (2 посади) – спеціалісти з ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії, які проводять дослідження та аналізують отримані дані.

4. Старша медична сестра (1 посада) – керує середнім і молодшим медичним персоналом, відповідає за:

- організацію роботи медичних сестер і санітарок;
- складання графіків чергувань і замін персоналу;
- контроль забезпечення відділення медикаментами, інструментами, засобами догляду;
- дотримання санітарно-епідемічного режиму;
- організацію раціонального харчування пацієнтів;
- облік прийому та виписки хворих, виконання медсестрами призначень лікаря.

5. Палатні медичні сестри (20 посад) – здійснюють догляд за хворими та виконують лікувальні процедури.

6. Процедурні медичні сестри (10 посад) – виконують медичні маніпуляції, включаючи внутрішньовенні ін'єкції, крапельниці, забір крові для аналізів, та асистують лікарям під час спеціальних процедур.

7. Молодший медичний персонал (санітарки) – 10 посад, а також молодші медичні сестри по догляду за хворими – 5 посад. Їх обов'язки включають:

- виконання нескладних медичних процедур (постановка банок, компресів тощо);
- підтримання чистоти пацієнтів і приміщень;
- участь у транспортуванні тяжкохворих;

- забезпечення дотримання внутрішнього розпорядку;
- утилізацію медичних відходів і дотримання правил асептики та антисептики.

Розрахунок орієнтовного фонду заробітної плати для працівників відділення легеневої терапії наведений у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Фонд оплати праці працівників відділення легеневої терапії

Посада	Чисельність, од	Місячний ФОП, грн	Річний ФОП, тис.грн
Завідувач відділення	1	25000	300000
Лікар-терапевт	7	20000	240000
Лікар-УЗД та МРТ	2	20000	240000
Старша медична сестра	1	15000	180000
Медична сестра палатна	20	12000	144000
Медична сестра процедурна	10	12500	150000
Молодша медична сестра (санітарка)	10	8500	102000
Молодша медична сестра по догляду за хворими	5	8200	98400
РАЗОМ	56	121200	1454400

Джерело: складено автором

Таким чином, загальна чисельність персоналу новоствореного відділення легеневої терапії КНП «ЦМЛ» становить 56 штатних посад, із місячним фондом оплати праці 121,2 тис. грн (1 454,4 тис. грн на рік).

Організація приміщення відділення повинна відповідати всім санітарно-гігієнічним нормам. Згідно з сучасними вимогами:

- 60% палат мають бути розраховані на 4 ліжка, 20% – на 2 ліжка і ще 20% – на 1 ліжко;
- відстань між ліжками повинна бути не менше 1 метра, щоб забезпечити зручність транспортування хворих і надання медичної допомоги;
- висота палат має бути 3–3,5 м, із розрахунком 22–25 м³ повітря на одного пацієнта;

- температура у палатах має підтримуватися в межах 18–22 °С;
- у кожній палаті передбачений окремий санвузол.

Палати повинні бути добре освітленими, із легкими для миття стінами спокійних тонів. Найкращим покриттям для підлоги є лінолеум із гігієнічної точки зору. Для вентиляції палат рекомендується кондиціонування, хоча провітрювання також допускається. У вечірній час освітлення забезпечується матовими світильниками, а на приліжкових тумбах бажано встановити настільні лампи.

Палати мають бути обладнані необхідними меблями та м'яким інвентарем. Ліжка повинні бути дерев'яними, зручними матрацами, оснащеними коліщатами з гумовими шинами. Кожне ліжко має бути укомплектоване матрацом, подушкою, простирадлом, ковдрою, підковдрою та рушником.

Крім того, біля кожного ліжка передбачаються:

- радіонавушники;
- кнопка виклику персоналу на шнурі для зручності важкохворих;
- підведення кисню.

У кожній палаті обов'язково мають бути кімнатні термометри.

Окрім загальних палат, передбачені палати інтенсивної терапії на 10 ліжок для важкохворих пацієнтів. Вони розраховані на 1–2 місця і мають окремий санвузол. У таких палатах розміщуються пацієнти з тяжкими порушеннями органів дихання, які не потребують реанімаційних заходів. Палати обладнуються сучасною діагностичною та лікувальною апаратурою для моніторингу життєвих функцій. За потреби в таких палатах організовується пост медичної сестри.

Пост медичної сестри, що розташовується поруч із палатами, розрахований на 25–30 пацієнтів. Він має бути обладнаний необхідними інструментами для забезпечення постійного контролю за станом пацієнтів і зазвичай розташовується у коридорі, відокремлений перегородкою (дерев'яною знизу та скляною зверху).

Пост медичної сестри має налічувати такі одиниці обладнання:

1. Стіл із замкненими шухлядами для зберігання історій хвороби, листків лікарських призначень і різних бланків.
2. Спеціальні медичні шафи з пластикового матеріалу для зберігання медикаментів, з окремими секціями для препаратів груп «А» (отруйні) та «Б» (сильнодіючі), а також для засобів для ін'єкцій і внутрішнього приймання, медичного інструментарію (пінцети, корнцанги, ножиці, скальпелі), термометрів, засобів догляду за пацієнтами, дезінфекційних розчинів і перев'язувального матеріалу.
3. Столик зі стерильними матеріалами: бікс із ватою та бинтами, банка з дезінфекційним розчином (наприклад, фурациліном), у яку занурений корнцанг.
4. Столик для роздачі ліків із розділенням на секції для кожного пацієнта.
5. Холодильник для зберігання настоянок, відварів, сироваток і вакцин.
6. Пульт світлової сигналізації для виклику медичного персоналу.
7. Телефон для внутрішнього зв'язку.
8. Засоби аварійного освітлення на випадок перебоїв із електропостачанням.
9. Раковина для миття рук із милом і чистими рушниками.

Процедурний кабінет має бути обладнаний для різних типів процедур:

- підшкірні та внутрішньом'язові ін'єкції;
- внутрішньовенні ін'єкції, переливання крові, забір крові з вени для аналізів;
- спеціальні лікувальні та діагностичні маніпуляції (плевральна пункція, парацентез);
- процедури, такі як промивання шлунка та постановка клізм.

Стіни процедурних кабінетів повинні бути викладені кахлем, підлога – кахлем або лінолеумом. Мінімальна площа процедурного кабінету має становити 15 м².

У процедурному кабінеті має бути наступне обладнання:

- шафа для зберігання інструментарію та медикаментів;
- бікси зі стерильними шприцами, голками, системами для переливання кропі та рідин;
- набори стерильних інструментів для проведення парацентезу, плевральної пункції;
- штативи для крапельних уведень лікарських препаратів;
- штативи для чистих пробірок, що використовуються для забору крові;
- набори для визначення групи крові;
- холодильники для зберігання крові, стерильних розчинів для внутрішньовенних ін'єкцій, сироваток, вакцин;
- бактерицидна лампа;
- декілька кушеток;
- електровідсос [24].

Функціонування відділення легеневої терапії передбачає ведення значного обсягу медичної документації, яка охоплює різноманітні найменування. Лікарі відповідають за оформлення таких документів, як історії хвороби, карти виписаних пацієнтів, лікарняні листи та інші. Постові медичні сестри заповнюють журнали лікарських призначень, де фіксують призначення лікаря, зведення обліку хворих із даними про їх надходження та виписку протягом доби, а також температурні листи, що відображають дієтичний стіл для кожного пацієнта [1].

Організація режимів роботи відділення:

Забезпечення режиму роботи відділення є важливим елементом догляду за пацієнтами. Виокремлюють три основні режими: лікувально-охоронний, санітарний і лікувальний.

1. Лікувально-охоронний режим:

- передбачає захист пацієнтів від негативних емоцій, пов'язаних із болем, психічними переживаннями чи зміною звичного ритму життя;

- забезпечує умови для повноцінного сну та відпочинку, зокрема раціональне розташування хворих у палатах і дотримання тиші;
- дозволяє прогулянки в теплу пору року, відвідування родичами, доступ до свіжих газет і журналів;
- організовує буфет із дієтичними продуктами.

Особливу увагу приділяють дотриманню тиші: голосні розмови між персоналом, пацієнтами чи відвідувачами є неприпустимими.

2. Порушення лікувально-охоронного режиму можуть включати:

- несвоєчасне або неправильне виконання призначень;
- грубе або неухажне ставлення до пацієнтів, наприклад, недостатнє знеболення під час болючих маніпуляцій або підвищення голосу на хворих.

3. Санітарний режим:

- включає підтримання чистоти в палатах і місцях загального користування, боротьбу з комахами;
- передбачає регулярне провітрювання палат для забезпечення чистого повітря.

Ефективний режим роботи відділення, розроблений на основі наказів МОЗ України та типових положень, визначає розклад процедур, візитів лікарів і родичів, прийому їжі, прогулянок тощо.

Дотримання режимів роботи відділення сприяє чіткій організації праці персоналу та є важливим чинником успішного лікування пацієнтів. Інформування хворих про правила і значення режимів дозволяє підвищити ефективність лікувального процесу.

Дотримання санітарного режиму включає виконання встановлених гігієнічних норм, підтримання чистоти в палатах і місцях загального користування, а також заходи з боротьби з комахами. Для забезпечення чистоти повітря у приміщеннях необхідно регулярно проводити провітрювання.

Згідно з чинними наказами МОЗ України та типовими положеннями, визначаються зміст і розклад лікарняного режиму. Він регламентує точний

час і порядок проведення процедур, маніпуляцій, відвідувань лікарем і родичами пацієнтів, а також час прийому їжі, сну, перегляду телепередач і прогулянок. У відділеннях інтенсивної терапії режим роботи регулюється відповідно до наказу МОЗ України №370 від 01.07.2009 (додаток №3) [1].

Виконання режиму є важливим не лише для організації роботи персоналу, але й для успішного лікування пацієнтів. Лікарняний режим має враховувати біологічні ритми людини та виступати одним із ключових чинників у лікувальному процесі. Важливо також інформувати пацієнтів про заходи та необхідність дотримання встановлених режимів, а також про їхню роль у загальному процесі одужання.

Таким чином, впровадження заходів із вдосконалення менеджменту КНП «ЦМЛ» в умовах автономізації та під час поширення COVID-19 є актуальним і доцільним. Особливо важливим є відкриття та організація роботи відділення легеневої терапії та кабінету променевої діагностики, оснащеного сучасним обладнанням. Це дозволить забезпечити населення міста необхідною та якісною медичною допомогою як під час епідемій, так і в майбутньому.

ВИСНОВКИ

Здоров'я нації є найбільшою цінністю будь-якої держави, а система охорони здоров'я, яка покликана його зберігати та зміцнювати, відіграє ключову роль у забезпеченні сталого розвитку суспільства.

Охорона здоров'я являє собою комплекс заходів, спрямованих на захист здоров'я населення шляхом створення сприятливих умов для підвищення якості життя, збереження працездатності, підтримки соціальної активності та подовження тривалості життя.

Ця сфера є пріоритетним напрямом внутрішньої та зовнішньої політики держави. Уряд формує політику в галузі охорони здоров'я, впливаючи на її розвиток через впровадження програм, спрямованих на оптимізацію процесів надання медичних послуг і забезпечення населення якісною медичною допомогою. Державна політика у цій сфері охоплює широкий спектр заходів, таких як підготовка медичних кадрів, профілактичні, санітарно-епідеміологічні, соціальні, організаційні, економічні, науково-технічні та інноваційні ініціативи.

Медична галузь є однією з найважливіших і найчутливіших соціальних, політичних та економічних сфер держави, яка є частиною національної культури та впливає на всі аспекти суспільного життя.

Система охорони здоров'я в Україні є складною організаційною структурою, що потребує ефективної взаємодії між численними центральними органами влади, такими як Міністерство охорони здоров'я, Міністерство фінансів, Міністерство економіки, Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти і науки, органи з питань надзвичайних ситуацій та інші відомства.

Економічний стан, ефективність і перспективи розвитку цієї галузі значною мірою залежать від рівня її фінансового забезпечення. Фінансування є ключовим фактором, що впливає на розвиток медичної сфери та її соціально-економічну ефективність. Країни світу постійно вдосконалюють

свої системи охорони здоров'я через реформи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення та підвищення ефективності роботи медичних установ.

У міжнародній практиці використовуються різні методи фінансування медичних закладів, такі як кошторисний, програмно-цільовий та оплата за надані медичні послуги. В Україні основними залишаються кошторисний і програмно-цільовий методи фінансування.

На сьогодні медичні заклади працюють в умовах динамічних змін. Реформування охоплює первинну та вторинну медичну допомогу, а самі заклади проходять процес автономізації, перетворюючись із комунальних установ на комерційні неприбуткові підприємства. Це супроводжується зміною моделей фінансування та підходів до управління закладами охорони здоров'я.

Не стало винятком і КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької Кропивницької міської ради», яке у 2018 році змінило свою організаційно-правову форму. Цей заклад є багатoproфільним і забезпечує якісне стаціонарне та амбулаторно-поліклінічне обслуговування жителів міста Кропивницького. Штатна чисельність лікарні становить 873,75 посад, з яких: 117,5 – лікарі, 351 – спеціалісти з базовою та неповною вищою освітою, 220 – молодший медичний персонал, а також 40 – інші спеціалісти.

Аналіз економічного стану лікарні показав значне зростання фінансового профіциту після автономізації у 2019 році. Якщо у 2018 році установа мала дефіцит у 805,9 тис. грн, то вже у 2019 році фінансовий результат становив профіцит у розмірі 5006,5 тис. грн.

Після реорганізації лікарня отримала додаткові можливості, головним чином завдяки підвищенню рівня автономії. Директор закладу (головний лікар) отримав свободу у розпорядженні активами та фінансами, формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої структури, регулюванні оплати праці персоналу та розробці фінансового плану, що дозволяє ефективніше управляти ресурсами.

Нові умови господарювання вимагають переходу до ринкових методів

управління. Це, своєю чергою, потребує формування у менеджерів закладів охорони здоров'я сучасного підходу до менеджменту, орієнтованого на конкурентну боротьбу за пацієнтів. У нинішніх умовах пацієнт самостійно обирає медичний заклад для отримання послуг.

Аналіз систем фінансування охорони здоров'я показав такі висновки:

- за джерелами фінансування системи охорони здоров'я класифікуються на державні, страхові та приватні.

- незалежно від типу системи, фінансування галузі становить не менше 6% від ВВП.

- основні джерела фінансування охорони здоров'я: державне бюджетне фінансування, кошти соціального страхування, особисті витрати громадян, благодійні внески, пожертви від юридичних і фізичних осіб.

Держава також впроваджує фінансово-організаційні заходи, спрямовані на залучення благодійних і спонсорських коштів до системи охорони здоров'я, що дозволяє забезпечити додаткові ресурси для її розвитку.

В Україні фінансування медичних закладів переважно здійснюється за рахунок бюджетних коштів у рамках програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги. Кошти виділяються відповідно до обсягів наданих послуг населенню. Збільшення бюджетного фінансування є критично важливим для стабільної діяльності медичних організацій. Водночас необхідно шукати додаткові джерела фінансування, зокрема через:

- залучення коштів добровільного медичного страхування;
- укладання договорів із територіальними громадами;
- створення благодійних фондів для підтримки пільгових категорій населення;
- розширення спектра платних послуг;
- впровадження інноваційних проектів.

До потенційних джерел фінансування також можуть належати гранти, благодійні внески, оплата медичних послуг, наданих за межами нормативів, та інші джерела, що не суперечать чинному законодавству.

Розвиток медичних закладів варто спрямовувати на:

- забезпечення якісних медичних послуг для населення;
- впровадження інноваційних послуг і технологій;
- розширення спектра приватних медичних послуг;
- комерціалізацію інноваційних медичних розробок.

Фінансування цих напрямів пропонується здійснювати через формування багатоканальної системи надходжень.

Паралельно із змінами в системі управління медичні заклади зіштовхнулися з викликами пандемії COVID-19. Масштабне поширення вірусу та тяжкий перебіг хвороби призвели до нестачі ліжок у лікарнях, а також до зростання потреби у довготривалій реабілітації пацієнтів, які одужали.

У цьому контексті було розроблено рекомендації щодо створення сучасного відділення легеневої терапії з діагностичним кабінетом на базі КНП «ЦМЛ». Визначено необхідні витрати на ремонт приміщень, закупівлю обладнання та формування фонду оплати праці персоналу. Фінансування цього проекту планується здійснити за рахунок бюджету розвитку м. Кропивницького та благодійних внесків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Атаман Ю.О., Бокова С.І., Жаркова А.В., Гордіна М.А. Загальні принципи організації роботи молодшого медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу / Методична розробка для самостійної роботи студентів 2 курсу з дисципліни «Догляд за хворими» (цикл терапії). СумГУ. 2013. URL: https://elearning.sumdu.edu.ua/free_content/d75b8e6a55718efc7908e92bd541a7aa22ef2d5b/latest/1816/index.html
2. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. К. : МАУП, 2007. 328 с.
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с. URL: <https://westudents.com.ua/glavy/41803-politiko-pravove-seredovische.html>
4. Виготовлення проектно-кошторисної документації для капремонту: як обліковувати витрати. *Бюджетна бухгалтерія*. 2017. №27. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/bb/2017/july/issue-27/article-29270.html>.
5. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136-142.
6. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
7. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Дмитрук О.В., Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Випуск 5(10). С. 182-186. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf
9. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС.. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi->

[zakladami-mozhливosti-mis.](#)

10. Єльчанінов Д. Б. Системологічний підхід до аналізу та прогнозування в державному управлінні. Стратегічні пріоритети. 2009. № 2(11). С. 82-87.

11. Єрошкіна Т.В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С. Основи менеджменту і маркетингу в медицині : навч. посіб. Д. : РВВ ДНУ, 2012. 64с.

12. Конституція України. Верховна Рада України: офіційний вебпортал парламенту України: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

13. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4(1). С. 139-145. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4%281%29_26

14. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Канюка Г. С., Романова О. В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 81-87.

15. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. *Медичне право*. 2013. № 2. С. 63-74. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/medpr_2013_2_8

16. Мартинюк О. А. Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75-79.

17. Медична реформа. Урядовий портал: веб-сайт URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

18. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>

19. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони

здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства. 14 лютого 2018. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf

20. Методичні рекомендації щодо організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в установах безпеки / М.Ф. Москаленко та ін. К. : Український центр наукової медичної інформації та ліцензування патентів, 2012, 24 с. URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/met_upr_ryzyk.pdf (дата звернення 2.12.2020).

21. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року.* URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

22. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574>

23. Науковий Менеджмент в медицині. Науковий центр «Veritas»: веб-сайт. URL: <http://angioveritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>

24. Організація роботи терапевтичного відділення Національний медичний університет імені Богомольця. 2015. URL: <https://studfile.net/preview/2282286/page:6/>.

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 9.11.1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 30.11.2020).

26. Портал відкритих даних: веб-сайт URL: <https://data.gov.ua/pages/835-recm-health-care-equipment>

27. Президент підписав Закон про «автономізацію» закладів охорони здоров'я. Охорона здоров'я: веб-сайт. URL: <https://www.auc.org.ua/novyna/prezydent-pidpysav-zakon-pro-avtonomizaciyu->

[zakladiv-ohorony-zdorovya.](#)

28. Президент утворив тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров'я. Президент України. Офіційне інтернет-представництво: веб-сайт. URL: <https://www.president.gov.ua/news/prezident-utvoriv-timchasovu-robochu-grupu-z-pitan-reformuva-59929>

29. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>

30. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування: Наказ МОЗ від 31.10.2011 р. № 734. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-11#Text>.

31. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 р. № 794-VII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/794-18>

32. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР XIV. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80/page>

33. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/586-14>

34. Про суть автономізації. Реформа фінансування системи охорони здоров'я: веб-сайт. URL: <https://healthreform.in.ua>

35. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році. Юридична газета online. Всеукраїнське щотижневє юридичне видання: веб-сайт. URL: <http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>

36. Рожко О. Обласна клінічна офтальмологічна лікарня як об'єкт корпоративного управління: досвід Дніпропетровщини. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. С. 294-303. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_33

37. Сафонов Ю.М., Борщ В.І. Стратегічний менеджмент закладів

охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8 (218). С. 62-69.

38. Сердюк О. І. Короп О. А., Рогожин Б. А., Просоленко Н. В. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінсько-фінансової діяльності провайдерів медичних послуг як важлива складова реформування галузі охорони здоров'я / О. І. Сердюк, // *Економіка і право охорони здоров'я*. - 2017. - № 1. - С. 67-71. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_13

39. [Скрип В. В.](#) Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4(1). - С. 101-107. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_4%281%29_17

40. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

41. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.

42. Терзі О. О. Система суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018. № 2. С. 168-173. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chkup_2018_2_36

43. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. Український медичний часопис: веб-сайт. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584>

44. Управління охороною здоров'я Кропивницької міської ради»: веб-сайт. URL: <https://uozkmr.gov.ua>

45. Чеканова Т.Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. О., 2008. 20 с.

46. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони

здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. - 2016. Вип. 6(2). С. 9-13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6%282%29_3

47. Шенкаренко О. В. Структурно-організаційні аспекти управління системою охорони здоров'я в Україні. *Державне будівництво*. 2008. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_1_46

48. Шкробанець І. Д. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2. С. 72–75.

49. Юринець З. В. Петрух З.В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

50. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.

ДОДАТКИ