Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування вищого навчального закладу)
Факультет економіки та менеджменту
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))
Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Допущена до захисту:
Завідувач кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності
д.е.н., професор

_____ О.М. Левченко
„___”_____ 20__ р.

Випускна кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Розробка стратегії лікувального закладу»

Виконав: студент ІІ курсу,
групи МЕ-19М-1,4
напряму підготовки (спеціальності)
073 «Менеджмент»
(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)
Супрун Вадим Володимирович
(прізвище, ініціали, підпис)
Керівник Левченко О.М.
(прізвище, ініціали, підпис)
Рецензент Шалімова Н.С. д.е.н., професор
(прізвище, ініціали, посада)
Рецензент Адреєва Л.М, гол. лікар КНП «КОЛКОР»
(прізвище, ініціали, посада)

м. Кропивницький – 2020 рік

ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки та менеджменту

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»
Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри Левченко О.М.
_____
«___» _____20__р.

Завдання

на виконання випускної кваліфікаційної роботи магістранту

_____Супруну Вадиму Володимировичу

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи:

Розробка стратегії лікувального закладу

2. Термін здачі випускної кваліфікаційної роботи:

- керівникові «___» _____20___р.
- рецензенту «___» _____20___р.

3. Назва розділів випускної кваліфікаційної роботи:

№	Розділ	Строки виконання
1	ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	
2	АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ	
3	РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	

4. Переліки графічного матеріалу: таблиці, схеми, додатки:_____
_____

5. Дата видачі завдання до випускної кваліфікаційної роботи:

«___» _____20___р. _____
(підпис керівника)

6. Завдання прийнято до виконання

«___» _____20___р. _____
(підпис магістранта)

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ 7

1.1. Лікувальний заклад як об’єкт управління 7

1.2. Нормативно-правове регулювання діяльності лікувальних закладів 21

1.3. Специфіка управління лікувальними закладами в сучасних умовах 31

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ 37

2.1. Загальна характеристика лікувального закладу КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» 37

2.2. Оцінка стану фінансово-економічних показників лікувального закладу КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» 47

2.3. Оцінка ефективності управління КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» 60

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ 66

3.1. Концептуальне бачення стратегії та тактики реформування закладів охорони здоров’я України 66

3.2. Впровадження стратегії розвитку лікувального закладу в період турбулентних змін 74

ВИСНОВКИ 85

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 89

ДОДАТКИ 95

ВСТУП

Актуальність теми випускної кваліфікаційної роботи. На сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я лікувальні заклади все частіше виступають не тільки в ролі виконавців, а й активних ініціаторів проєктних, програмних та інших стратегічних заходів. Щодня лікувальним закладам доводиться вирішувати ряд мультизадач: вдосконалення процесів надання медичної допомоги, перехід на ощадливі технології, ефективне бюджетування, інформатизація, впровадження систем управління якістю та маркетингу тощо. Іншими словами, одночасно в закладах охорони здоров’я проходить, в середньому, 250-300 основних процесів паралельно.

Середньостатистичний заклад охорони здоров’я регіонального рівня щорічно формує приблизно 750 звітів по 79 тисячам показників. Контроль їх досягнення як умови ефективного функціонування лікарні чи поліклініки - основна управлінська задача керівників. При цьому головні лікарі лікувальних закладів та їх заступники часто використовують так зване «ручне управління».

Практики стратегування активно використовуються в бізнес-структурах і недостатньо поширені в державних установах соціальної сфери. Існуюча ситуація визначає актуальність переходу на управління стратегічне, яке дозволить, по-перше, забезпечити системний підхід до менеджменту в лікувальних закладах, по-друге, скоротити втрати в процесі її функціонування та, по-третє, забезпечити більш ефективний розвиток.

Основною метою застосування системного підходу до процесу стратегічного управління в лікувальних закладах є об'єднання в єдину систему приватних управлінських практик різних служб всередині закладу охорони здоров’я.

Розробка стратегії розвитку лікувального закладу як концепція стратегічного менеджменту дозволяє поглянути на організацію як на єдине ціле, відповісти на питання чому деякі заклади розвиваються і процвітають, а інші переживають стагнацію або їм загрожує банкрутство, тобто, чому відбувається постійний перерозподіл ролей основних учасників ринку.

Обрана тема актуальна, тому що від стратегічного управління вищого керівництва залежить розвиток лікувального закладу в умовах жорсткої конкуренції при довгостроковій перспективі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання системного управління охороною здоров'я є достатньо опрацьованими на макрорівні. Зокрема, в наукових результатах досліджень багатьох вітчизняних вчених, серед яких О. Баєва, Л. Бондарева, В. Борщ, Т. Єрошкіна, В. Лехан, С. Назаренко, В. Скрип, Ю. Сафонов, Т. Смірнов, О. Татарський, О. Терзі, Т. Полішко, О. Шинкаренко, І. Шкробанець та ін.

Водночас недостатньо досліджені проблеми стратегічного менеджменту в лікувальних закладах, що базується на застосуванні економічних методів, що свідчить про необхідність наукових досліджень саме у цьому напрямі.

Мета й завдання дослідження. Мета випускної кваліфікаційної роботи полягає в досліджені передумов розробки стратегії розвитку лікувального закладу в сучасних умовах.

Досягнення поставленої мети обумовило необхідність вирішення наступних завдань:

1) дослідити теоретичні засади вивчення поняття стратегії розвитку лікувального закладу;

2) проаналізувати основні показники рівня ефективності управління лікувальним закладом;

3) розробити ефективну стратегії розвитку лікувального закладу.

Об'єктом дослідження виступає діяльність лікувального закладу.

Предметом дослідження є методичні засади розробки стратегії розвитку лікувального закладу.

Теоретичною та методичною основою даного дослідження виступають загальнонаукові та спеціальні економічні методи пізнання окремих явищ і процесів, зокрема: абстрактно-логічний і діалектичний методи – при узагальненні теоретичних і методичних засад дослідження управляння лікувальними закладами та формулюванні висновків; економіко-статистичний метод, а також графічний.

Елементи наукової новизни одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретичних положень і розробці практичних рекомендацій щодо розробки стратегії розвитку лікувального закладу в основі якої покладено результати SWOT-аналізу діяльності КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради».

Результати досліджень можуть бути використані при розробці практичних шляхів покращення ефективності стратегічного упраління лікувальним закладом в умовах реформування сфери охорони здоров'я та посилення конкуренції на медичному ринку регіону.

Практична цінність роботи полягає в тому, що отримані результати можуть бути прийняті до впровадження досліджуваним лікувальним закладом при розробці практичних рекомендацій з вдосконалення стратегічного менеджменту лікувального закладу.

Апробація результатів. Результати дослідження оприлюднені на VII Обласну науково-практичну конференцію учнівської та студентської молоді «Сучасний стан економіки України: проблеми та перспективи розвитку» Центральноукраїнського національного технічного університету (2020 року, доповідь «Розробка стратегії розвитку лікувального закладу»).

Структура та обсяг випускної кваліфікаційної роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Загальний її обсяг становить 95 стор. друкованого тексту, в тому числі основний текст – 89 стор.

Ілюстративний матеріал до випускної кваліфікаційної роботи містить 27 таблиць та 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

1.1. Лікувальний заклад як об’єкт управління

Наразі вітчизняна галузь охорони здоров’я опинилась в складних умовах. З одного боку вона проходить етап реформування, з іншого - перебуває у боротьбі з пандемією.

Згідно даних Урядового порталу [17] українці живуть на 9 років менше, ніж громадяни ЄС (середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні – 72 роки, при тому, що у країнах Європейського Союзу – 81 рік). Також відмічено, що Україна займає перше місце в Європі по поширеності катастрофічних витрат, які пов’язані зі здоров’ям, що значно впливає на бюджет родин пацієнтів. Зокрема, витрати на ліки та інші медичні товари чи послуги здійснюються пацієнтами за власний рахунок (99% в загальних витратах на лікарські засоби).

Низький показник тривалості життя, недовіра до професійності медичного персоналу, незадоволеність якістю їх роботи, висока вартість медичної послуги, здебільшого застаріле обладнання, черги – все це тільки частина проблем медичної галузі. Урядом визначено перспективи розвитку сфери охорони здоров’я, ключовою фігурою яких є заклад охорони здоров’я.

Найбільший удар на собі відчувають саме заклади охорони здоров’я – провайдери медичних послуг. Механізм управління організацією соціального сектору дещо відрізняється від типового менеджменту комерційного підприємства. Тому доцільно розглянути особливості функціонування лікувального закладу (надалі - ЛЗ).

Згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 3) визначає заклад охорони здоров'я, як «юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі

відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [25].

Будь-які організації, незалежно від форми власності та типу господарювання мають спільні характеристики, а саме:

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

Зазичай, метою діяльності підприємства визначають досягнення певних завдань у стратегічному та тактичному масштабах, за допомогою яких вдається забезпечити високий рівень конкурентоздатності та вести ефективну господарську діяльність, що призводить до максимізації прибутку.

Мета ЛЗ в корінь відрізняється від мети типового комерційного підприємства. В найпершу чергу тим, що прибутковість закладу є проміжною у досягненні генеральної мети.

Існує декілька сфер, в яких організації охорони здоров'я встановлюють свою мету:

- соціальна відповідальність, яка проявляється в поліпшенні здоров'я нації;
- медичне обслуговування населення;
- потреби та добробут співробітників;
- прибутки організації (для комерційних закладів охорони здоров'я), але не як самоціль, а як засіб для забезпечення якісної медичної послуги споживачеві (пацієнтові) [3].

Мета організації тісно пов’язана з її місією. Місією вважається роль організації, головна ідея її існування. Вона зазвичай відображається у цінностях організації та значно впливає на її імідж. На основі місії визначаються стратегічні цілі організації, а також формується корпоративна культура. Тому місія визначається на початку зародження організації, має чітке формулювання та відображає генеральну ідею її існування.

На думку Баєвої О.В., місія ЛЗ знаходить конкретне втілення в наступних ознаках:

- головна ціль, до якої він прагне;

- цінності, що він сповідає;
- потреби, які заклад має задовольнити;
- послуги (або продукція) які він надає (медичні, парамедичні, послуги медичного сервісу, лікарські засоби, товари медичного призначення, медична техніка тощо);
- лікувально-діагностичні, профілактичні, реабілітаційні технології, які використовує заклад;
- ринки, на яких заклад реалізує свої послуги або товари;
- деонтологічні, біотичні та етико-моральні принципи діяльності [3].

Місія зв'язує ниткою в одне ціле усі сфери діяльності організації – медичну, фінансову, технічну, інформаційну та трудову.

Персонал (кадри) є основою будь-якої організації і представляє собою людський ресурс, за допомогою якого відбувається генерація і реалізація ідей інноваційного або технологічного характеру. Саме персонал виконує як управлінську так і виконавську функцію на підприємстві. Тому організація, яка прагне до розвитку повинна максимально вміло використовувати свої трудові ресурси, розвивати їх через досконалу кадрову політику, що передбачає підвищення кваліфікації та професіоналізму, кар'єрне зростання, матеріальне та нематеріальне стимулювання, соціальний захист тощо.

Кадрова політика у системі охорони здоров'я – це головний вектор роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової роботи за різними функціональними напрямками, розробленими органами державної влади центрального і регіонального рівнів [10, с. 83].

Організаційна структура являє собою ієрархічну будову підрозділів.

Усі організації охорони здоров'я мають спеціально розроблену структуру, що є необхідною умовою виконання завдань із надання медичних послуг населенню. Як правило, це традиційна структура з чітко окресленими інструкціями, функціональними обов'язками, положеннями про діяльність кожного структурного підрозділу [2, с. 100].

Отже, ЛЗ являє собою складу соціально-економічну систему, має специфічну місію та мету діяльності, чітку організаційну структуру та медичний персонал. Окрім цього ЛЗ у своїй діяльності оперує фінансовими, технічними та інформаційними ресурсами. Всі ці складові закладу потребують ефективного менеджменту.

Менеджмент – це мистецтво керувати інтелектуальними, фінансовими та матеріальними ресурсами організації з метою досягнення її найефективнішої діяльності [11, с. 8]. З системної точки зору, менеджмент – це сукупність науково обґрунтованих раціональних методів, функцій, принципів і організаційних важелів управління системою, яка складається із підсистем (ресурсів). Ефективний менеджмент – це не просто реалізація функцій з використанням методів та принципів роботи, а й їх раціональне, вчасне поєднання у той чи інший момент часу. І саме за таких умов система менеджменту приречена на позитивний результат.

Менеджмент як управлінська думка є складовою частиною управлінської діяльності, що реалізує на практиці теорію ефективного управління колективами. Він охоплює методи та техніку управління системами, спрямованими на досягнення поставленої мети за умов оптимального використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів [11, с. 9].

Завдання менеджменту полягає у раціональній організації роботи всіх перелічених вище підсистем, до яких належить і охорона здоров'я, з метою досягнення максимальних кінцевих результатів.

Науковці сходяться на думці, що загальноприйняті функції менеджменту (планування, організація, мотивація, координація та контроль) вирішують типові проблеми в кожній системі, оскільки основні управлінські принципи притаманні будь-якому підприємству, без прив’язки до організаційної чи правової форми управління, або галузі господарства, у якому б національному чи політичному середовищі вони не знаходилися. Звідси й такі особливості менеджменту як універсальність та інтернаціональність.

Специфічні особливості закладів охорони здоров’я заключаються у наступному:

1. Складність визначення якості роботи окремих медичних працівників і закладу охорони здоров’я загалом.
2. Необхідність чіткої координації роботи:
- окремих медичних працівників (лікар – лікар; лікар – медична сестра; медична сестра – медична сестра);
- підрозділів, служб закладу охорони здоров’я [2, с. 100].
3. Необхідність високого ступеня спеціалізації та професіоналізму.
4. Висока ціна помилки.
5. Терміновість і невідкладність роботи
6. Робота медичних працівників у відповідності із чітким протоколом дій.
7. Виконання роботи в екстрених умовах, коли мало часу відводиться на прийняття рішення.

Повнота та якість виконання функцій ускладнюється перебуванням медичного закладу у мінливих умовах, що вимагає від менеджменту ЛЗ набуття навику адаптованості до коливань чинників впливу зі сторони зовнішнього та внутрішнього середовища.

Всі, без винятку, організації діють в певному політичному, правовому, соціально-економічному, інформаційному та техніко-технологічному полі. Розуміння динамічності та швидкість пристосування до змін є запорукою ефективного управлінського рішення.

Отже, приватні та державні ЛЗ здійснюють свою діяльність опираючись на зміни зовнішнього середовища, чинники якого розглянуто нижче.

Так, зовнішнє середовище ЛЗ умовно можна поділити на прямого впливу та опосередкованого. Їх характеристика наведена на рис. 1.1.

В умовах сьогодення зовнішнє середовище національних ЛЗ характеризується певними особливостями:

- інтеграційними процесами;
- реформуванням галузі охорони здоров’я;
- автономізацією ЛЗ;
- залежністю від світового господарства;

- пандемією;
- відсталістю або складно доступністю новацій у сфері медицини;
- відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку;
- недосконалістю розвитку фармацевтичного ринку;
- недовіри зі сторони населення;
- недостатністю стратегічної інформації тощо.

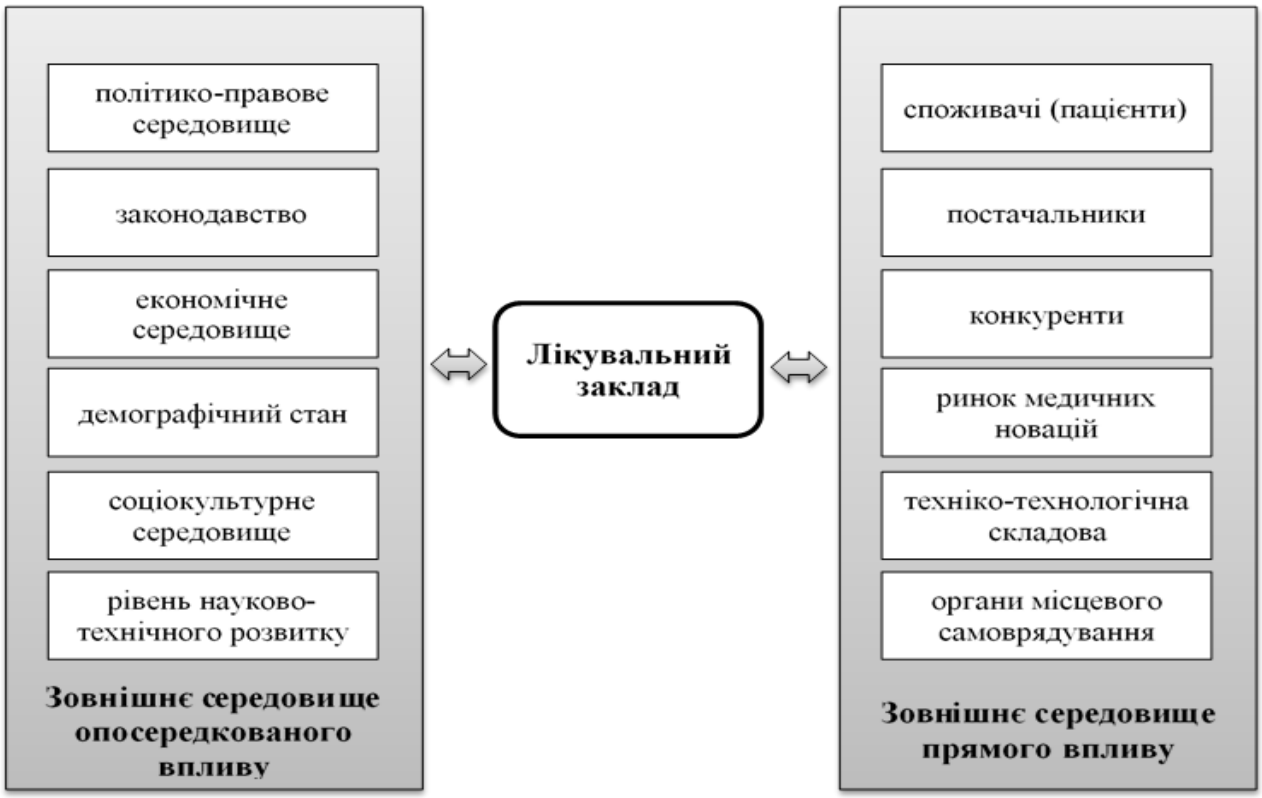

Рис. 1.1 Чинники зовнішнього середовища лікувального закладу

Джерело: складено автором на основі [3, 37]

У зв’язку з цим система медичного менеджменту повинна враховувати перераховані особливості та має бути скерована на прискорення адаптації ЛЗ до цих чинників. Фактори впливу доцільно моніторити аналітичними відділами ЛЗ, планувати та контролювати зміни, що дає можливість управляти ними.

Таким чином, кожний ЛЗ функціонує в певному зовнішньому середовищі і існує тільки при постійній взаємодії з елементами цього середовища. Обмеження ресурсів або порушення зв’язків вичерпує не тільки потенціал організації, а й може призвести до негативних наслідків її діяльності. У зв’язку

з цим при розробці стратегії, побудови чи реорганізації організаційної структури, визначені поведінки із конкурентами та споживачами доцільно враховувати специфіку зовнішнього середовища ЛЗ.

Окремо варто зупинитися на такому факторі зовнішнього середовища, як конкуренція ЛЗ.

За часів адміністративного господарського механізму, коли медичні заклади були виключно на державному фінансуванні такого поняття як конкуренція між медичними закладами взагалі не існувало. Останні роки система охорони здоров’я перебуває у постійній трансформації, тепер управління базується на економічних методах господарювання і поняття конкуренції медичної послуги та самого закладу активізувалося. Приватна медицина також набуває обертів, що додатково загострює конкурентну боротьбу.

Заклад охорони здоров’я може вважатися конкурентоспроможним тільки, коли він має переваги по відношенню до інших закладів, що здійснюються подібний вид діяльності

Конкурентоздатність ЛЗ є інтегральним показником та формується завдяки стійким позиціям за таким параметрами, як:

- конкурентоспроможність медичної послуги;
- конкурентоспроможність медичного персоналу.

Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров’я можна вважати:

1. Медичну ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг.

2. Адміністративну ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами;

3. Економічну ефективність – надавати медичну допомогу таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат.

4. Безпечність – надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтам, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок.

5. Результативність – досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини.

6. Своєчасність – скорочувати час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу. Реалізація принципу черговості та пріоритетності у наданні медичної допомоги.

7. Забезпечення рівності всіх верств населення – надання медичної допомоги, незалежно від статі, раси, національності, місця проживання, соціально-економічного статусу, «кумівства» тощо [22].

Також важливо прийняти до уваги той факт, що галузь охорони здоров'я – це галузь з високим рівнем впровадження інновацій, проте незважаючи на успішність конкуренції щодо впровадження нових медичних технологій, які значно підвищують якість медичної допомоги, їх вплив на зниження витрат мінімальний. Фундаментальні законами конкурентної боротьби не виконуються, що негативно впливає на бажання ЛЗ впроваджувати нові методи лікування, модернізувати медичне обладнання або ж поліпшувати обслуговування населення. Стосовно цінової політики, ситуація також несприятлива. На ринку медичних послуг ціни можуть залишатися високими навіть за умов перенасичення пропозиції, а технології високовартісними навіть за широкого застосування [2, с. 106].

Описана ситуація є характерною для державних ЛЗ, де кількість пацієнтів може збільшуватися, а ціни залишатися незмінними, при цьому якість медичної допомоги може знижуватися. Приватні ж провайдери медичних послуг регулюються ринковим механізмом ціноутворення та можуть впливати на попит своїх послуг.

З переходом від переважно адміністративних до економічних (ринкових) методів управління змінюються акценти в системі менеджменту та маркетингу ЛЗ. Управління персоналом здійснюється через економічні інтереси із участю демократичних принципів менеджменту, а це в свою чергу призводить до змін

у плануванні, організації, фінансуванні та мотивації праці медичних працівників.

Аналіз закордонного досвіду управління економічно розвиненими медичними службами свідчить, що достатньо успішним є використання загальних принципів, методів, функції та технологій менеджменту. При використанні стандартного набору менеджменту для управління, медичний заклад стає рушійною силою для перетворення адміністративно-командних відносин у сфері охорони здоров’я на ринкові.

Сучасні реалії вимагають від системи охорони здоров’я зміцнення принципу людиноцентризму [13]. В даному розрізі під «людиною» слід розуміти не тільки пацієнта, а керівників ЛЗ та медичних працівників в цілому. Всі управлінські рішення мають бути спрямованими на здоров’я людей та їх культурну та моральну цінність.

Розглянемо специфіку та вагомість управлінського рішення в медицині. Так, управлінське рішення являє собою сукупний результат пошуку менеджером шляхів виходу із ситуації, що склалась у той чи інший момент часу; розробку та формулювання альтернативних варіантів, напрямів та засобів для досягнення певного результату. Приймаючи рішення, керівник завжди несе відповідальність за його реалізацію. Наскільки чітко він в змозі поставити завдання перед виконавцями, тим вірогідніше, що результат буде отримано у найкоротші терміни і з найменшими витратами.

Обґрунтовані рішення в органах охорони здоров’я на всіх рівнях доцільно приймати, базуючись на вірогідних висновках, отриманих у ході аналізу статистичних даних та медичної (або демографічної) інформації на наукових засадах. Наразі актуальним є обґрунтованість та продуманість всіх нюансів у прийнятті рішень, коли відбувається процес реформування медичної системи та автономізація ЛЗ.

Стосовно методів управління, то незважаючи на рух галузі охорони здоров’я до ринкових умов господарювання, вони залишаються застарілими або сліпо запозиченими з європейських систем медичного захисту населення без урахування специфіки національної системи охорони здоров’я. Старі

методи управління або ж нові неадаптовані є неефективними і не відповідають основним завданням, що стоять перед сучасною системою охорони здоров'я.

Перед сучасним керівництвом ЛЗ України, особливо державної форми власності, постає питання практичного використання принципів менеджменту в управлінні [37, с. 64].

Так, принципи управління, у будь-якій сфері та напрямку діяльності, представляють собою певні керівні правила, що стають фундаментом у визначені організації управління.

В основі ефективного менеджменту лежать перш за все стратегічні рішення.

Впровадження принципів стратегічного менеджменту в практику управління ЛЗ передбачає:

1. Впровадження організаційних змін через зменшення жорсткості та ієрархічності структур управління, розвиток програмно-цільового управління, гнучкість організаційної структури, збільшення делегованих повноважень, посилення командної роботи та розвиток менеджменту проектів. Управління ризиками також є компонентою організаційних змін. До процесу управління ризиками у сфері охорони праці залучаються пацієнти, громадськість, постачальники медичного обладнання та препаратів, інші ЛЗ та всі зацікавлені у співпраці суб'єкти [20].

2. Зосередження уваги на координаційній функції менеджменту. З метою синхронізації управлінських дій створюються спеціальні центри (відділи) в середині організації, покликані для прогнозуванням проблем, процесів прийняття управлінських рішень, координацією робіт із забезпеченням взаємодії між різними структурними підрозділами та закладами ззовні.

3. Управління інноваціями та стимулювання інноваційної діяльності ЛЗ. із наданням індивідуальної ініціативи та розвитком лідерських якостей менеджерів ЛЗ. Впровадження нових методик діагностики та лікування захворювань є передумовою збільшення потужностей провайдера медичних

послуг, що спричиняє приток додаткових фінансових коштів, необхідних для розвитку медичної справи.

4. Креативних підходів та нестандартного бачення розвитку та формування організаційної культури медичного закладу.

5. Залучення персоналу до формування стратегії розвитку та управління закладом, формування нової якості медичної послуги тощо.

6. Стимулювання постійного процесу розвитку персоналу медичного закладу та спонукання його до самоосвіти та саморозвитку.

7. Проведення тренінгів та семінарів з метою зняття емоційної напруги та зміцнення стресостійкості медичного персоналу.

8. Зосередження уваги на підвищенні якості всіх видів діяльності закладу, а також його ефективності із забезпеченням формування та розвитку культури результативності медичного закладу.

9. Спрямування управлінської діяльності ЛЗ на створення медичної послуги більш високої якості або з додатковими властивостями з метою зменшення її собівартості.

10. Запровадження принципів інтелектуального та інноваційного лідерства, що базується на розвитку емоційного та практичного інтелекту в працівників.

11. Формування культури професійного спілкування лікарів та молодшого медичного персоналу для ефективної міжособистісної взаємодії із споживачами медичної послуги.

12. Опанування інструментарію та технологій критичного мислення медичного персоналу.

13. Формування управлінського капіталу, що забезпечує ефективність системи управління закладом охорони здоров’я [37, с. 66-67].

Таким чином, сучасне управління ЛЗ має орієнтуватися на принципи та інструменти стратегічного менеджменту, а управлінські рішення будуватися виключно на стратегічному мислення. Реалізація такого підходу ускладнюється наступними причинами.

Менеджери ЛЗ зазвичай не володіють професійними навиками управлінської діяльності. Процес керівництва зазвичай здійснюється дослідним шляхом. Обмеженість фінансових ресурсів призупиняє розвиток управлінських кадрів (замкнене коло: відсутність засобів на реалізацію організаційних та управлінських інновацій – неможливість збільшення фінансування через зниження конкурентних переваг закладу).

Менеджером ЛЗ можна вважати діяльність будь-якого лікаря, якому підпорядкована певна кількість медичного персоналу, підрозділ чи заклад охорони здоров'я. Для лікарні – це головний лікар, заступники, начальники профільних відділень та інших структурних підрозділів закладу.

На сьогодні в Україні існує гостра нестача фахівців-управлінців у галузі охорони здоров’я, які готові приймати відповідальні й самостійні рішення стратегічного характеру.

Відчутна відсутність ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров’я та створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров’я. Окрему увагу необхідно звернути на те, що управлінці-медики в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, а в Україні велика частка управлінців у галузі охорони здоров’я – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики). У більшості з них немає правової, економічної чи управлінської підготовки [22].

У складі керівників вітчизняних медичних закладів спостерігаються управлінці колишньої формації, що можуть володіти достатнім рівнем професіоналізму та сприятливим враженням від колективу, проте чинять опір новітнім методам та технологіям управління. Управлінські рішення менеджерів ЛЗ приймаються на основі особистих компетенцій, набутих дослідним шляхом.

Національній системі охорони здоров’я притаманний дефіцит фахових керівників, які можуть і готові стати рушійною силою медицини, як на рівні держави, так і на рівні регіону та окремого закладу. Носієм прогресу в охороні

здоров'я, а особливо в період реформування галузі, може стати тільки високо кваліфікаційний дипломований керівник.

В умовах автономізації ЛЗ України значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки галузі, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал є ключовим через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [14, с. 83].

Розглянемо компетенції (індивідуальні характеристики та вміння, які визначають якість роботи) управлінців ЛЗ (рис. 1.2)

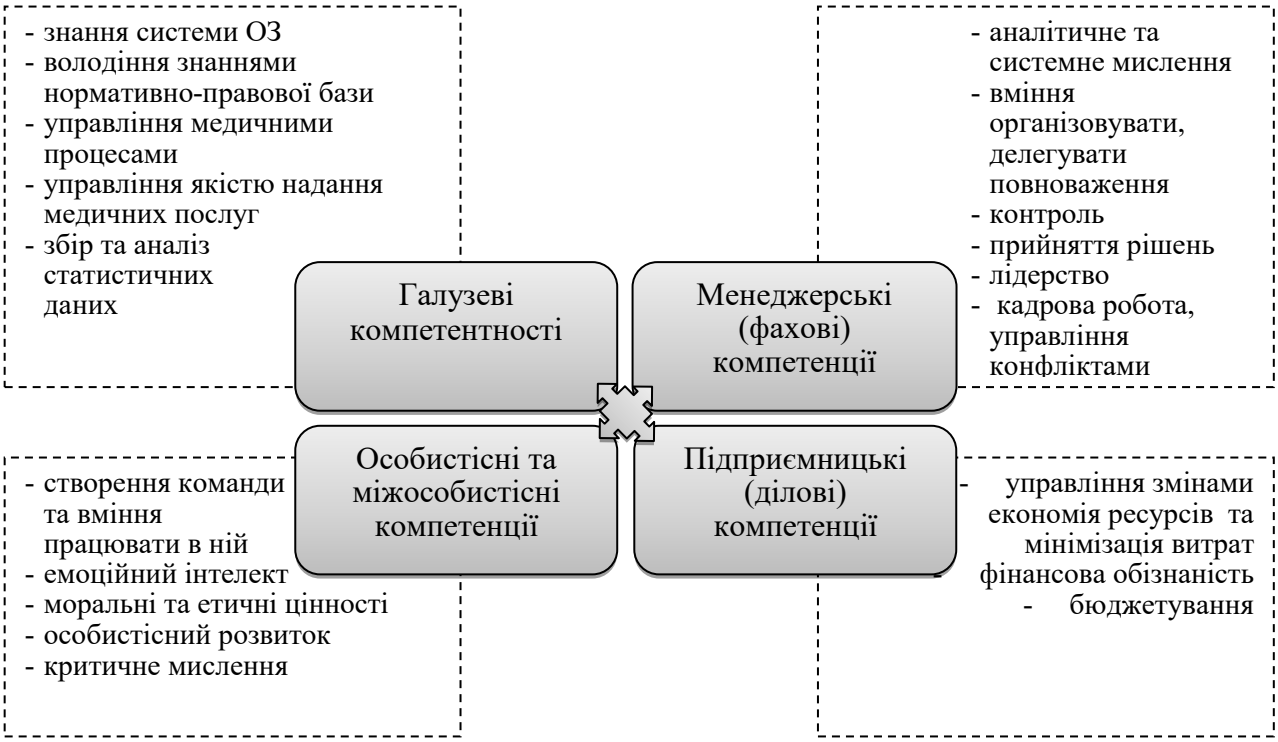

Рис. 1.2. Зміст управлінських компетенцій, необхідних керівникам ЛЗ

Джерело: складено автором на основі [13]

Компетенції менеджера ЛЗ можна умовно розділити на галузеві, фахові, особистісні та підприємницькі. Набір зазначених компетенцій формує успішного менеджера в медичній сфері.

Одним із напрямків ефективного управління ЛЗ є ефективна кадрова політика. Кадрову політику вважають ядром управління персоналу, оскільки вона являє собою систему усвідомлених та прийнятих правил, норм, уявлень та цілей, які визначають зміст та вектори роботи з персоналом організації.

Високий рівень забезпеченості ЛЗ висококваліфікованим медичним персоналом є запорукою надання якісної і доступної медичної допомоги населенню.

З моменту реформування охорони здоров'я активно ведеться дискусія щодо статусу керівного складу медичного закладу, а також наявність у них спеціальної освіти для займання таких посад. Наразі, усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар [22]. У багатьох розвинених країнах світу управління медичним закладом закріплюється за двома керівниками – генеральним директором, який відповідає за організаційні питання адміністративного характеру та медичним директором, головною функцією якого є координація та контроль за медичними процесами.

Система менеджменту ЛЗ має ґрунтуватись не лише на сучасних методах управління, а й на сучасних інформаційних технологіях, які є обов'язковими при виробленні управлінського рішення. Діджиталізація робочих процесів у медицині є пріоритетним напрямком розвитку галузі охорони здоров'я в Україні.

У даний час проходить період адаптації введеної в дію електронної системи охорони здоров'я eHealth, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Нажаль, далеко не кожне робоче місце лікаря оснащено комп'ютерною технікою, що значно перешкоджало швидкому введенню в дію цієї автоматизованої системи.

Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) супроводжує системні зміни у формі управління лікувальними закладами, у фінансуванні медичних послуг, у системі обслуговування пацієнтів. Завдання інформатизації, eHealth у найширшому сенсі – поліпшення інформаційного потоку за допомогою електронних засобів для підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я, на рівні лікаря та пацієнта – забезпечення швидкого доступу лікаря до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу [35].

Таким чином, система управління ЛЗ України потребує модернізації відповідно до сучасних вимог ринку медичних послуг. Реформування медичної галузі та автономізація ЛЗ вимагає від керівних кадрів стратегічного мислення та використання актуальних методів та технологій управління фінансовими, трудовими, технічними, інформаційними ресурсами провайдера медичних послуг.

1.2. Нормативно-правове регулювання діяльності лікувальних закладів

Сфера охорони здоров'я є складною суспільною динамічною системою, яку людське суспільство на кожному етапі свого розвитку створює і використовує для здійснення великого комплексу заходів, спрямованих на охорону і постійне поліпшення здоров'я кожної людини і суспільства загалом, зокрема на накопичення наукових медичних знань і використання їх в цілях широкої індивідуальної і суспільної профілактики захворювань, розпізнавання і лікування хвороби, а також збільшення тривалості життя людей [46].

Галузь медицини залишається пріоритетним напрямком соціальної політики всіх розвинених країн світу, адже здоров'я населення саме по собі несе цінність та є стратегічним напрямком у безпеці держави. Здорова захищена нація є складовою загального потенціалу країни.

Складність управління системою охорони здоров'я в останні роки підкріплена багатьма причинами, однією з яких є проходження періоду реформування, коли ще остаточно не сформувались і не вкоренилась оновлені методики діяльності закладами охорони здоров'я.

Розглянемо механізм державного управління охороною здоров'я в Україні.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства

шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [6, с. 7].

Суб'єкти управління у сфері охорони здоров'я зображені на рис. 1.3.

Таким чином, система органів управління у сфері охорони здоров'я являє собою сукупність суб'єктів державної та недержавної влади, включаючи посадових осіб та керівників, які безпосередньо або опосередковано беруть участь в процесі управління охороною здоров'я та забезпечення її ефективності із дотриманням всіх принципів соціальної політики держави.

Медична галузь є складним механізмом, що представляє собою роботу багаторівневої функціонально керованої системи, яка здійснює широкий комплекс соціальних і медичних заходів на користь суспільства.

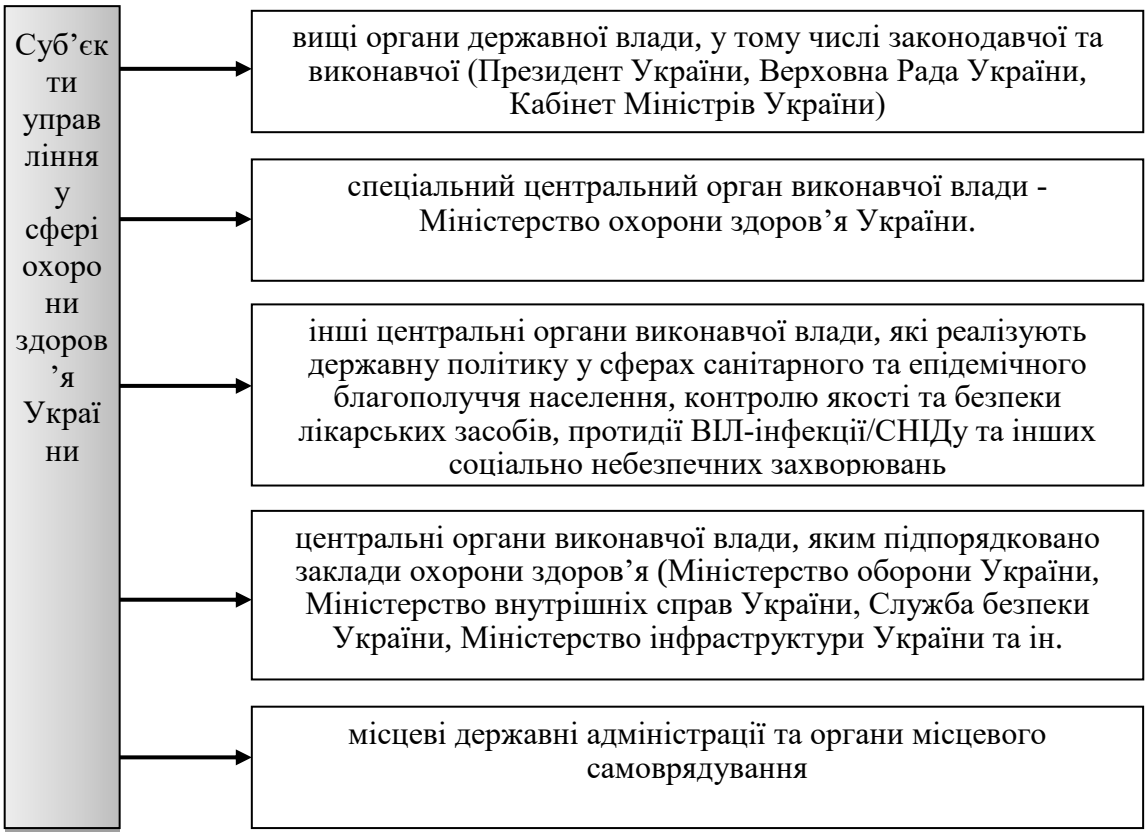

Рис. 1.3. Суб'єкти системи управління у сфері охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [25; 42]

Доцільно дослідити розподіл функцій між органами (суб'єктами) охорони здоров'я України.

Верховна Рада України бере на себе зобов'язання приймати закони у сфері охорони здоров'я. Вона безпосередньо не займається публічним адмініструванням даної сфери. Серед центральних функцій парламенту:

- затвердження загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я населення;
- формування проектів засад державної політики;
- внесення та затвердження пропозицій щодо реформування системи охорони здоров'я,
- ратифікація закордонних проектів у сфері охорони здоров'я;
- традиційно щорічно проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні.

Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України періодично проводить парламентські слухання, присвячені питанням реформування медичної освіти в Україні (22.03.2017 р.), метою яких було професійне та громадське обговорення суспільно важливих питань, висвітлення проблем та визначення пріоритетних заходів, що мають бути вжиті законодавчою та виконавчою владою України для їх вирішення [42]. У Комітеті систематично проводяться тематичні слухання та засідання у форматі «круглого столу», результатом яких є створення при Комітеті робочих груп з напрацювання законодавчих ініціатив, спрямованих на врегулювання проблемних питань у сфері охорони здоров'я та її реформування.

В Конституції України (ст. 102) вказано, що «Президент України є гарантом державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини і громадянина» [12]. Обов'язки глави держави щодо здійснення загального керівництва розповсюджуються і на сферу охорони здоров'я. Саме Президент несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики у сфері охорони праці, через систему органів державної виконавчої влади та місцевих органів самоврядування. На нього покладено функцію забезпечення виконання

загальнодержавної політики та здійснення інших повноважень, передбачених Конституцією. Так, наразі Президент України Володимир Зеленський утворив оперативну робочу групу з питань реформування системи охорони здоров'я, затвердив її склад та наголосив на основних напрямках роботи. За результатами аналізу стану виконання медичної реформи планується розробка пропозицій щодо подальшого фінансування, удосконалення системи підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів, інших медичних працівників, підвищення рівня їхньої заробітної плати, наукового супроводу системи охорони здоров'я [28].

До основних завдань Кабінету Міністрів України, як вищого органу у системі органів виконавчої влади, належить завдання забезпечення охорони здоров’я. На уряд покладено повноваження забезпечення проведення державної політики у сферах охорони здоров’я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів [13].

КМУ у сфері охорони здоров’я виконує наступні функції:

- спрямовує і координує діяльність центральних і місцевих органів державної влади щодо формування й реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я;
- щорічно звітує про реалізацію державної політики перед Верховною Радою України;
- організує розробку та здійснює забезпечення виконання загальнодержавних програм [42].

Отже, на Кабінет Міністрів України покладено реалізацію економічного, правового, соціального та організаційного механізмів, що покликані для стимулювання ефективної діяльності у галузі охорони здоров’я. Парламент укладає міжурядові угоди, доводить їх до кінцевого виконавця. Також у межах своєї компетенції КМУ координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я та несе відповідальність за виконання спільних проектів у межах своєї компетенції.

Міністерство охорони здоров’я України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує розробку та реалізацію державної політику у сфері охорони здоров’я, захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення [47].

До основних управлінських функцій МОЗ України віднесено:

1. Здійснення організаційного керівництва медичними службами, ліцензування господарської діяльності з медичної практики, моніторингу стану здоров’я населення, державного контролю діяльності психіатричних установ; організації медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівні, організації надання медичної допомоги за спеціальностями, контролю та нагляду за додержанням законодавства про охорону здоров’я, зокрема про медико-соціальну експертизу тощо;

2. Затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я, критеріїв та стандартів державної акредитації закладів охорони здоров’я; єдиних кваліфікаційних вимог до осіб, які провадять певні види медичної та фармацевтичної діяльності, у тому числі господарську діяльність; норм харчування для дітей у дошкільних навчальних закладах, фізіологічних норм харчування для осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; норм радіаційної безпеки; нормативів навантаження лікуючих лікарів; інших порядків, правил, положень, інструкцій та ін [29]

МОЗ України розробила Національну стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015–2020 рр., яка благополучно введена в дію. Саме в рамках даної програми сформовано концепцію, бачення,

пріоритети та принципи медичної реформи. Визначено етапи реформування національної системи охорони здоров'я із переліком рішень щодо розміру фінансування та бюджетування медицини.

Довгостроковими пріоритетами МОЗ України визначено:

- досягнення стабільного й повноцінного фінансового забезпечення галузі;
- підвищення ефективності та якості надання медичних послуг шляхом їх стандартизації;
- створення єдиного медичного простору [6, с. 10].

Важливим пріоритетом розвитку успішної державної політики у сфері охорони здоров'я має стати:

- розширення можливостей споживчого вибору (створення конкурентних переваг ЛЗ);
- перетворення ролі держави лише на спостерігача та регулювальника;
- надання провайдерам медичних послуг автономії;
- удосконалення стимулів як для медичних закладів, так і для медичних працівників для пошуку резервів мінімізації витрат та підвищення якості медичних послуг враховуючи потреби ринку.

Регіональне управління у сфері охорони здоров'я здійснюють:

- місцеві державні адміністрації;
- органи місцевого самоврядування.

Згідно ст. 22 Закону України «Про місцеві державні демонстрації» [32] місцева державна адміністрація реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; розробляє заходи щодо збереження мережі ЛЗ; прогнозує їх розвиток; вживає превентивні заходи щодо погіршення епідеміологічної ситуації в регіоні; організовує та корегує роботу провайдерів медичних послуг для населення; надає у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей тощо.

З метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я місцеві адміністрація організовують відповідні структурні підрозділи управління –

департаменти. Їх організаційна структура є чіткою, із зазначенням обов'язків та функцій кожної структурної одиниці; визначено права працівників апарату, а також протоколи процедур виконання прямих зобов'язань. Департаменти мають кадрову політику, яка спрямована на якісний відбір та прийняття на роботу, кар'єрне просування та розвиток професійних компетентностей.

Аналіз положення про управління (департамент) охорони здоров'я, свідчить про те, що їх діяльність на 90 % запрограмована не на охорону громадського здоров'я, а на організацію і забезпечення надання населенню медико-санітарної допомоги [42].

До органів місцевого самоврядування належать сільські, селищні та міські ради.

Відповідно до ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування» до органів місцевого самоврядування виконавчих органів належать такі повноваження:

- управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

- організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, що належать територіальним громадам або передані їм;

- забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та удосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення тощо [32].

Отже, в Україні сформована дієва система органів управління охороною здоров'я, яка включає в себе органи вищої державної влади, центральні органи виконавчої влади, спеціальний уповноважений орган, місцеву адміністрацію та

органи місцевого самоврядування. Дана система дія від першого дня незалежності України і має свої переваги та недоліки.

Серед недоліків визначено низький рівень співпраці між органами місцевої адміністрації та органів місцевого самоврядування, що демонструє недостатню взаємодію у сфері охорони здоров'я. Помітним також є факт недостатнього залучення громадських організацій, сформованих не байдужим населенням.

Суб'єктами системи управління у сфері охорони здоров'я є органи державної та недержавної влади, їх посадові особи та керівників, які безпосередньо або опосередковано беруть участь в управлінському процесі забезпечення ефективності охорони здоров'я.

Незважаючи на багаторівневість та багаточисельність органів виконавчої влади їх спільною метою є реалізацію державної політики у сфері охорони шляхом вдосконалення профілактичних механізмів медичної галузі, підвищення різноманітності та якості медичних послуг населенню, пропаганда здорового способу життя, зміцнення ресурсного потенціалу медичної галузі, підвищення кваліфікації та професійної майстерності медичного персоналу, впровадження нових адаптивних методів управління галуззю та окремого ЛЗ тощо.

Суб'єкти, що приймають участь в управлінні сферою охорони здоров'я

здійснюють свої обов'язки, керуючись виключно законодавчими актами у цій царині.

Система законодавчих актів у галузі охорони здоров'я представлена у вигляді ієрархічно побудованих п'яти груп (рис. 1.4.).

Зазначені нормативні акти підтримують принцип людиноцентризму, підкреслюючи непорушне право громадянина на охорону здоров'я та регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення всебічного гармонійного розвитку людини.

Система нормативних актів у сфері охорони здоров'я не є сталою. Окремі Закони, програми та концепції у даній сфері потребують змін з урахуванням пандемії. За таких реалій розвиток галузі уповільнюється і це в свою чергу

створює значний часовий люфт між розробкою та реалізацією запланованих проектів.

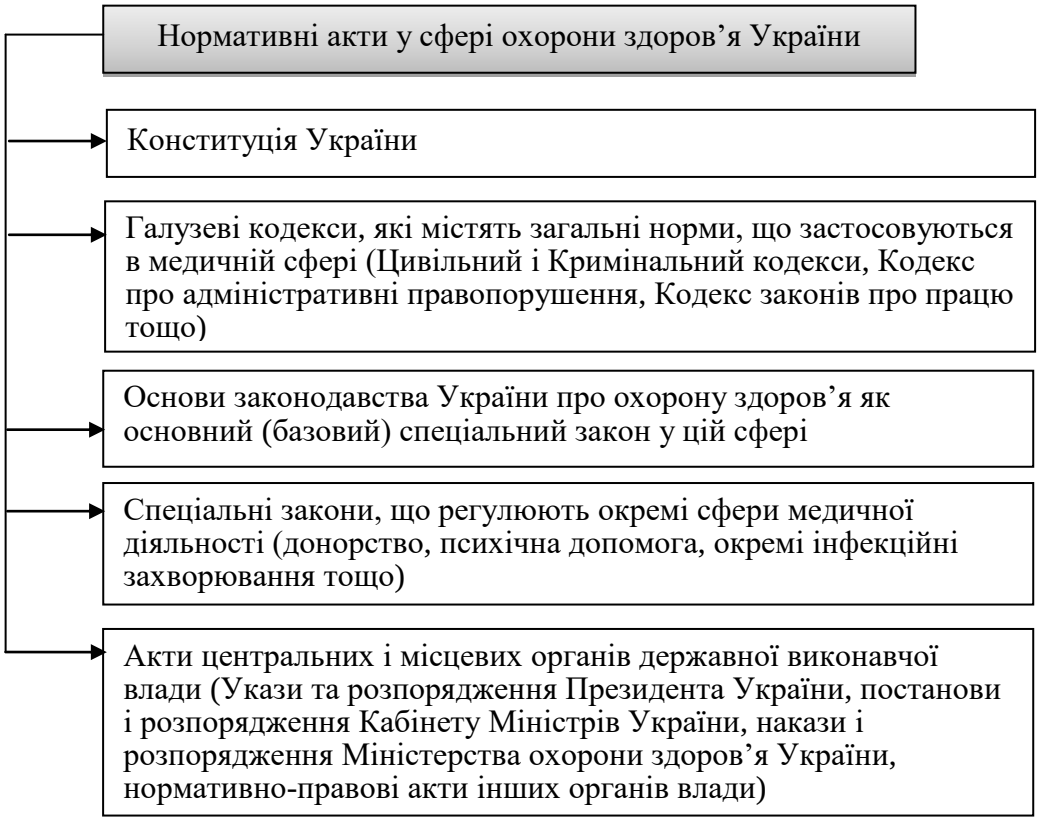

Рис. 1.4. Ієрархія нормативних актів у сфері охорони здоров'я України

Джерело: розроблено автором на основі [15]

Спробуємо оцінити державну політику у сфері охорони здоров'я звертаючись до статистики.

Із даних табл. 1.1. видно, що на МОЗ у бюджеті України виділяється найменше млрд. грн. Так, в 2019 році видатки зазначеного міністерства є меншими за пенсійний фонд майже у 2 рази. На Міністерство освіти і науки передбачено на 11% більше бюджетних коштів, ніж на МОН.

Недофінансування галузі створює значні перепони у її розвитку. Існуюча впродовж багатьох років застаріла модель фінансування медицини спрямовувала бюджетні кошти переважно на утримання медичної інфраструктури, при тому, що в розвинених країнах пріоритет у питаннях фінансування ставиться на відшкодування фінансових ризиків громадян у разі

хвороби. Це одна з причин, чому Міністерство фінансів України змінило підхід до фінансування охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Бюджети міністерств (фондів) України (млрд. грн.)

Установа	Роки				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Міністерство охорони здоров’я	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
Міністерство освіти і науки	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Міністерство соціальної політики	105,78	151,95	145,22	162,86	234,4
Пенсійний фонд	94,81	143,01	133,69	149,97	166,51

Джерело: складено автором на основі [7]

За новою реформою галузі стоїть вислів «гроші йдуть за пацієнтом», і це означає, що бюджетні кошти будуть вкладатися не в приміщення, а в більш якісні послуги. Планується зміцнити фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, а також публічно та справедливо розподіляти ресурси, тим самим скорочуючи корупцію в державних медичних закладах.

Таким чином, державною політикою України визначено стратегічні напрямки вдосконалення механізму забезпечення охорони здоров’я населення. За суспільними оцінками і уявленнями, здоров’я – це найважливіший чинник та головний показник соціально-економічного та культурного розвитку нації. Саме по цим причинам управління медичною галуззю не може здійснюватися шляхом використання суто адміністративних методів. Частково виправити ситуацію можливо за рахунок посилення взаємодії між громадськими суспільними інститутами та виконавчими органами, що передбачає формування та використання механізму публічного управління.

Механізм управління охороною здоров’я – це складна дієва система, покликана для досягнення стратегічно важливих цілей через сукупність норм, методів, засобів та інструментів впливу державних органів у сфері охорони здоров’я на суспільство.

1.3. Специфіка управління лікувальними закладами в сучасних умовах

В класичній економічній літературі виділяють дві моделі господарського механізму: перша – переважно адміністративна і друга – система управління, що базується на економічних методах господарювання.

Перші спроби реалізації другої моделі в охороні здоров’я були наприкінці 1980-хроків і мали на меті:

– стимулювання ініціативи трудових колективів через механізми збільшення їхньої самостійності;

– прискорення розвитку матеріально-технічної бази за рахунок власних ресурсів;

– забезпечення націленості роботи на досягнення високих кінцевих результатів;

– зміцнення здоров’янаселення країни;– активізацію зусиль самих громадян у формуванні і зміцненні свого здоров’я [7, с. 17–18].

Отже, перехід від першої до другої моделі супроводжується переходом від переважно адміністративнихдо економічних методів управління, до управління персоналом через економічні інтереси, розвитком демократичних засад в управлінні, що, у свою чергу, потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванніпраці.

Підтвердженням цього є окреслені в аналітичному звіті Світового банку щодо управління системою охорони здоров’я в Україні за 2018 рік основні проблеми галузі, що не дозволяють службі системи охорониздоров’я у більшості випадків забезпечити профілактику, виявлення та ефективне лікування захворювань,до яких належать:– неспроможність галузі підібрати й утримувати медичний персонал, мотивувати його нести відповідальність за результати своєї роботи;– відсутність налагодженої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;– існування жорсткої бюджетної системи, яка стала причиною безлічі неофіційних платежів і корупцій-них схем [8, с. 4].

Перелічені проблеми потребують кардинальних і негайних змін у підходах до управління закладамиохорони здоров’я з орієнтацією останніх на економічні важелі та стимули.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров’я розглядається як система цілеспря-мованих взаємодій між суб’єктом управління (органи управління закладом, наділені повноваженнями щодоприйняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку) таоб’єктом управління (заклад охорони здоров’я і система економічних відносин у процесі його функціонування)шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та еко-номічних інструментів дослідження і трансформації взаємопов’язаних процесів забезпечення ефективногофункціонування закладів охорони здоров’я з урахуванням дії численних факторів зовнішнього та внутріш-нього середовища.

Враховуючи соціальне навантаження функціонування закладів охорони здоров’я, навіть для приватного сектора, система цільових орієнтирів їх діяльності не може бути спрямована на одержання прибутку, який у цьому випадку виступає не як самоціль, а як засіб формування фінансової бази розвитку закладів і джерело фінансового забезпечення можливості реалізації інших цілей, зокрема, нарощування потенціалу закладу на основі відкритих інновацій. Слід зазначити, що цілі закладу охорони здоров’я можуть бути незмінними впродовж тривалого часу, що обумовлене специфікою галузі і її соціальною значущістю. Це, певною мірою, спрощує процес управління порівняно із суб’єктами сектора матеріального виробництва.

Управління закладами охорони має базуватися на системі принципів, які поділяються на дві групи: загальнонаукові та специфічні

Серед перших основоположним є принцип цільової спрямованості, який акумулює у собі усі складові процесу управління. Специфіка його реалізації у закладах охорони здоров’я полягає у необхідності виділення цілей медико-організаційного, медико-технологічного та фінансово-економічного змісту з підпорядкуванням останніх першим двом.

Централізація управління має гнучко сполучатися з децентралізацією і створювати необхідні умови для ефективного виконання обов'язків, покладених на нижчестоящі ланки в системі управління охороною здоров'я (особливо вагомий цей принцип для державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я).

Принципи єдиноначальності управління та делегування повноважень є класичними принципами менеджменту і не мають особливостей стосовно закладів охорони здоров'я, на відміну від принципу ефективності, який в медичних закладах передбачає управління за критерієм максимізації, насамперед медичної і соціальної ефективності. Економічна ефективність управління не є у цьому випадку однозначною, оскільки для закладів приватного сектора вона визначається традиційно, а для державних і комунальних закладів охорони здоров'я визначається у системі макро- та мезопоказників.

Специфічні принципи притаманні саме управлінню закладами охорони здоров'я і враховують: по-перше, безпеку, яка є фундаментальним принципом надання медичної допомоги населенню і пріоритетним критерієм забезпечення і оцінки її якості.

Реалізація цього принципу, на думку В. З. Кучеренка і Н. В. Еккерт, потребує комплексних системних зусиль, які включають широкий спектр професійних, організаційних, правових і психологічних мір з удосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення реальних умов управління ризиками (включаючи безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання), санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики та безпечну обстановку в закладах охорони здоров'я [2]. По-друге, конституційність прав споживачів, яка зумовлена ст. 49 Конституції України та фактично вимагає орієнтації на максимально якісне та повне задоволення потреб споживача медичних послуг незалежно від фінансово-економічних відносин із ним. По-третє, принцип гуманізації вимагає на всіх етапах управлінської діяльності орієнтуватися на людину, її потреби, інтереси, цінності.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров’я включає дві підсистеми: функціональну та забезпечувальну. У складі першої провідне місце, на наш погляд, належить регулюванню, оскільки надання послуг із охорони здоров’я не лише підлягає обов’язковому ліцензуванню, але й технологічна його компонента регламентується уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги у розрізі спеціальностей, на базі яких з урахуванням власних можливостей у закладі охорони здоров’я розробляються локальні протоколи з внутрішніми інструкціями для медичного персоналу.

Незалежно від форми власності (приватні, комунальні, державні, відомчі) заклади охорони здоров’я мають погоджувати свої локальні протоколи у структурних підрозділах із питань охорони здоров’я державних адміністрацій з метою координування діяльності закладів у відповідному регіоні.

Разом із локальними протоколами у закладі охорони здоров’я обов’язково розробляють клінічний маршрут пацієнта – алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу та пунктами контакту з медичним персоналом із урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров’я. У ньому чітко прописують, враховуючи можливості того чи того закладу охорони здоров’я, як пацієнт може отримати якісну медичну допомогу відповідно до уніфікованих клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги [16, с. 11–13].

Саме з урахуванням чинних регламентів здійснюється планування, прогнозування та аналіз діяльності закладів охорони здоров’я. В останньому окремо слід виділити систему внутрішнього аудиту, в якій виділяють три блоки: структурний (аудит фінансово-економічний, кадровий, матеріального забезпечення, медичної документації), процесний (аудит клінічний, технологічний, організаційно-методичний, ефективності впровадження медичних технологій), результатний (аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, стану здоров’я пацієнта, стану здоров’я населення) [30].

Забезпечувальна підсистема включає такі складові: норми та нормативи (медико-економічні нормативи та розрахунки, нормативи забезпеченості медичним персоналом, табелі оснащення закладів охорони здоров’я, якими

визначається необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги та клінічними протоколами тощо); правове забезпечення; інформаційне забезпечення; кадрове забезпечення; фінансове забезпечення; організаційне забезпечення.

Організація та практичне задіяння цих підсистем можливе на основі застосування наукового, соціально-економічного, процесуального, програмно-цільового та системного підходів.

Науковий підхід до управління закладами охорони здоров’я базується на вивченні структури, функцій, професійної діяльності та процесу управління у розрізі таких складових, як методологія (система методів

пізнання, дослідження), теорія (структури, функції, управлінські рішення, інформація тощо), методики (дослідницькі, діагностичні та ін.) і мистецтво практичної діяльності (мистецтво управління, керування людьми, колективом).

Соціально-економічний підхід передбачає соціальну відповідальність менеджменту, включаючи захист і підвищення добробуту суспільства. В свою чергу, стан суспільного здоров’я як фактор зовнішнього середовища істотно впливає на специфіку, особливості та напрями розвитку системи охорони здоров’я.

Саме томувін відповідає теперішнім реаліям функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров’я.

Процесуальний підхід полягає у визначенні управління процесом, у якому діяльність закладу охорониздоров’я розглядається як сума взаємопов’язаних дій – функцій управління, а кожна з яких є комплексомоднорідних (елементарних) дій, операцій, процедур.Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення –програма – бюджет – контроль», тобто наявні управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досяг-нення яких потребує певного плану заходів, складання і оптимізації бюджету та контролю його виконання. Його реалізація вимагає наявності відповідної методологічної бази, кваліфікованих фахівців і програмно-обчислювальних комплексів, що

ускладнює його застосування в умовах приватних закладів охорони здоров’я,проте за певних умов.

Системний підхід в управлінні закладами охорони здоров’я розглядає їх як сукупність взаємопов’язанихелементів, має вхід (ресурси та інформація), вихід (надання медичної послуги), зв’язок із зовнішнім середови-щем (з урахуванням політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструкту-ри конкретного об’єкта) та зворотний зв’язок (у разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрівринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни та внести відповідні зміни в параметрифункціонування).

Особливістю системного підходу в управлінні медичними закладами є відсутність вироб-ництва в технічному розумінні цього слова, оскільки процес надання медичної послуги є комбінацією з працімедичного персоналу та медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги [6, с. 138].

У сучаснихумовах цей підхід, на нашу думку, є найбільш перспективним і дає змогу реально реалізувати на практиціелементи економічного управління медичними закладами не лише на мікрорівні, але й у контексті реформу-вання вітчизняної системи охорони здоров’я.

У контексті реформування вітчизняної системи охо-рони здоров’я необхідною є орієнтація на економічне управління її закладами незалежно від форми власності та сфери діяльності. При цьому нами окреслений загальний контур механізму економічного управліннязакладами охорони здоров’я з виділенням ключових його елементів.

Змістовне наповнення цих елементів ізурахуванням поділу закладів охорони здоров’я на їх види залежно від внутрішньогалузевої специфіки функціонування потребує подальших уточнень і систематизації.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ

2.1. Загальна характеристика лікувального закладу КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Комунальне некомерційне підприємство «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» є багатопрофільним лікувально-профілактичним закладом, основним завданням якого є надання в повному обсязі висококваліфікованої, спеціалізованої стаціонарної і поліклінічної (консультативної) медичної допомоги. Обласна лікарня є також центром організаційно-методичного керівництва медичними закладами області.

Лікарня розташована на площі 23 га та прилеглої території 3 га у тому числі асфальтне покриття складає – 64684 кв.м., зелена зона газони - 39957 кв.м., квітники - 39000 кв.м., лісопаркова зона - 10,5 га.

Потужність стаціонару обласної лікарні складає 785 ліжок. В стаціонарі обласної лікарні функціонує 475 ліжок хірургічного і 310 терапевтичного профілю, крім того розгорнуто 30 ліжок: реанімації та інтенсивної терапії; відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії перинатального центру; відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених перинатального центру.

Планова потужність відділення консультативної поліклініки складає 343 відвідування в одну зміну. Спеціалізовані консультації проводяться по 32 лікарських спеціальностях. В період 2012-2016 років в поліклініці проконсультовано майже 450 тисяч пацієнтів, тобто кожний другий мешканець області отримав кваліфіковану консультацію лікаря-спеціаліста. Число відвідувань за останні 5 років сягнуло близько 650 тисяч. Лікарі практично всіх кабінетів відділення консультативної поліклініки працюють з перевантаженням, яке щорічно складає близько 150,0% від планового прийому.

Щорічно в стаціонарних відділеннях обласної лікарні надається медична допомога 23-25 тисячам хворих, за останні 5 років проліковано 121 796 осіб. Незважаючи на те, що переважна більшість пацієнтів потрапляють на лікування зі

складною патологією та важкими станами здоров'я, результати проведеного лікування вражають – так 97% хворих виписується із лікарні з повним видужанням та поліпшенням. Показник летальності не перевищував середнього по Україні серед обласних лікувальних закладів та навіть є одним із самих низьких.

Починаючи з 01.08.2014 в лікарні надано медичну допомогу учасникам АТО: консультативну - 1292 особам, проліковано у відділеннях - 448 осіб,

Терапевтична служба представлена 10 спеціалізованими профільними відділеннями, які займають 39,3% ліжкового фонду лікарні. За звітний період проліковано 42 970 пацієнтів, з них 97,6% виписані з одужанням та поліпшенням стану.

Укріплена матеріально-технічна база відділень: проведено поточні та капітальні ремонти в гастроентерологічному, гематологічному, ревматологічному, неврологічному відділеннях. Реконструйовано та оснащено сучасним обладнанням - галогенератором кабінет спелеотерапії, хворим проведено 21 652 спелеопроцедури. Придбано нове обладнання: ламінарна шафа для роботи з хіміопрепаратами, пульсоксиметри, бактерицидні лампи, кисневий концентратор в гематологічне відділення.

Відкрито кабінет діабетичної стопи, в якому проконсультовано 1 250 хворих на цукровий діабет з клінічним синдромом діабетичної ступні.

Створена діалізна зала з відкриттям третьої зміни гемодіалізу, що дало змогу збільшити можливість надання пожиттєвої замісної ниркової терапії з 60 до 127 хворим на термінальну ниркову недостатність. Всі діалізні хворі забезпечені високовартісним препаратом «Епобіокрін» безкоштовно.

Впроваджено в практику спеціалізованих відділень терапевтичного профілю 65 нових діагностичних та лікувальних методик.

Робота параклінічних служб лікарні на протязі останніх 5 років також постійно удосконалювалась, а саме: покращена матеріально-технічна база патологоанатомічного відділення - виділено нове приміщення після проведеного капітального ремонту; придбано 9 одиниць нового обладнання. Поліпшилося кадрове забезпечення: тривалий час працювало 3 лікаря-патологоанатома, на даний час працює 8.

Для фізіотерапевтичного відділення придбано 13 одиниць нової апаратури. Впроваджено 11 нових методик та проведено 1 297 722 процедури.

Для відділення ультразвукових досліджень придбано 5 одиниць нової медичної апаратури. Впроваджено 5 нових діагностичних методик. Відкрито маніпуляційний кабінет з проведеним капітальним ремонтом. Виконано 317 033 досліджень.

Для відділення клініко-діагностичної лабораторії придбано 14 одиниць нового лабораторного обладнання. Нові автоматичні аналізатори значно скоротили час виконання біохімічних аналізів з декілька днів до 20-30 хвилин, що дуже важливо в ургентних ситуаціях. Впроваджено 27 нових методів лабораторних досліджень.

Для рентгенологічного відділення введено в експлуатацію пересувний палатний рентген-апарат для обстеження хворих реанімаційного відділення та мобільний флюорографічного типу апарат для оперативних втручань під контролем рентгенівського випромінювання. Проведені капітальні ремонти приміщень.

Структура хірургічної служби обласної лікарні протягом останніх років залишається незмінною і представлена 12 спеціалізованими відділеннями з потужністю 375 ліжок, анестезіологічним відділенням з ліжками для інтенсивної терапії на 12 ліжок, відділенням інтенсивної терапії екстракорпоральних методів детоксикації на 6 ліжок в структурі якого працює діалізна зала для забезпечення замісної ниркової терапії хворим з хронічними захворюваннями нирок.

В склад хірургічної служби окрім стаціонарних відділень входять: операційне відділення, в якому розгорнуто 19 операційних; централізоване стерилізаційне відділення; відділення інтервенційної радіології; ендоскопічне відділення; відділення інвазивних методів лікування, хірургічні кабінети поліклініки.

З 2012 року у відділеннях лікарні проведено оперативне лікування 42 359 хворим.

За останні 5 років кардинально покращилась матеріально-технічна база хірургічної служби: закуплено сучасне обладнання та медична апаратура для опікового відділення; відбулось технічне переоснащення ендоскопічного відділення; придбана сучасна ендоскопічна відео-стійка, що дає змогу на сучасному рівні виконувати мініінвазивні втручання; придбано артроскоп у відділення травматології, єдиний в області апарат, який дає змогу виконувати мініінвазивні хірургічні втручання

на суглобах; у відділення нейрохірургії придбано сучасний мікроскоп, рентгенівський апарат «С-арка», що дає змогу виконувати мікрохірургічні втручання на головному мозку, захворюваннях хребта та опорно-рухового апарату, виконувати на сучасному рівні кардіохірургічні втручання.

Придбана сучасна наркозна та дихальна апаратура, сучасне слідкуюче обладнання в палати інтенсивної терапії та операційні. В більшість операційних придбано сучасне електрозварювальне та лазерне обладнання. Покращення матеріально-технічної служби дало змогу впровадити цілий ряд сучасних діагностичних та лікувальних методик

У 2012 році на базі обласної лікарні відкрито перший в Україні перинатальний центр, потужність якого складає 100 ліжок. Матеріально-технічна база центру за останні 5 років значно покращена та забезпечена сучасним новітнім обладнанням, яке надає можливість надавати допомогу жінкам та новонародженим на високому світовому рівні.

За 5 років роботи в перинатальному центрі проліковано 16 340 жінок та проведено 7 584 пологів.

Саме в перинатальному центрі концентруються всі вагітні з області з ускладненим перебігом вагітності та тяжкою патологією, де існують всі умови для надання висококваліфікованої медичної допомоги.

У відділенні реанімації та інтенсивної терапії для новонароджених перинатального центру за 5 років роботи проліковано 823 новонароджених дітей, з них 78% недоношених, серед яких частина - це глибоко недоношені новонароджені. За цей час були досягнуті значні покращення показників роботи акушерсько-неонатологічної служби в перинатальному центрі та усієї області: зросла виживаність глибоко недоношених масою до 1 кг з 23% в 2012 році до 60% в 2016 році, а в категорії до 1,5-2 кг виживаність зросла до 99%; в два рази зменшилась рання неонатальна смертність по області. Якщо вона до відкриття перинатального центру в 2011 році складала 6,41‰, то у 2016 році цей показник знизився до 3,2‰.

З 2013 року розпочато застосування малоінвазивних методів лікування гінекологічної патології з допомогою сучасного лапароскопічного обладнання. Виконано близько 200 операцій з метою лікування безпліддя. Завдяки співпраці

лікарів акушерів-гінекологів, ендокринологів, імунологів та генетика обласної жіночої консультації, використання сучасної новітньої лабораторної діагностики, створені умови для успішного лікування ендокринного, імунологічного безпліддя подружніх пар.

За результатами аналізу ведення критичних випадків в перинатальних центрах Україні, міжнародною комісією з представниками ООН та МОЗ України за 2012 - 2016 роки, Кіровоградський перинатальний центр визнаний кращим в країні.

Досягнення таких високих результатів належить всьому колективу лікарні, на теперішній час – це 1644 працівника. Чисельність працівників лікарні з року в рік залишається практично на одному рівні, укомплектованість складає – 88,6%.

За 5 років зараховано в лікарню 198 молодих спеціалістів, з них – 32 лікаря.

З 238 лікарів, 61 % мають вищу кваліфікаційну категорію, один доктор медичних наук, три кандидата медичних наук та сім Заслужених лікарів України. Особлива роль в лікувальному процесі належить 635 сестрам медичним, 450 з них мають вищу та першу кваліфікаційні категорії. Одна сестра медична удостоєна звання Заслужений працівник охорони здоров'я.

Обласна лікарня є основною базою підготовки лікарів-інтернів. Спеціалізація проводиться за 15 напрямками. На даний момент на базі лікарні проходять інтернатуру 31 лікар-інтерн за державним замовленням, 18 за контрактом та 148 лікарів-інтернів, які зараховані в райони Кіровоградської області.

Крім того лікарня є базою післядипломної підготовки молодших медичних спеціалістів Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.О. Мухіна. Лікарня забезпечує організацію та проведення теоретичних та практичних занять відповідно до програм спеціалізації та удосконалення з 18 циклів.

В лікарні працює атестаційна комісія, що атестує молодших медичних спеціалістів лаборантів, анестезіологів, масажистів, сестер медичних фізіотерапевтичних відділень, функціональної діагностики, рентгенолаборантів з лікувальних закладів області.

На базі лікарні проводять виїзні курси підвищення кваліфікації для лікарів медичних академій післядипломної освіти міста Києва. Запоріжжя, Дніпропетровська, Харкова та інших інститутів. За звітний період фахівцями обласної лікарні проведено

487 конференцій та семінарів для лікарів та сестер медичних лікувальних закладів області.

На фінансове утримання Кіровоградської обласної лікарні в 2012 - 2016 роках виділено асигнувань – 521 млн. 645,9 тис. грн, що становить 35,2% від розрахункової суми 1млрд. 482 млн. 291,2 тис. грн. Проте завдяки залученню спонсорських та коштів пацієнтів, вдалося забезпечити в лікарні на достатньому рівні функціонування лікувально-діагностичного процесу.

Господарське обслуговування лікарні забезпечується злагодженою роботою технічних підрозділів: енергетична, водопровідно-каналізаційна, киснева, ліфтова, метрологічна служби, харчоблок, ремонтно-будівельна дільниця, гараж, пральня, господарська частина - прибиральники території, садівники, охорона території. Основним завданням роботи технічних служб лікарні є утримання матеріально-технічної бази в належному експлуатаційному стані і подальший її розвиток з метою створення нормальних умов для роботи працівників та перебування пацієнтів у закладі.

Протягом звітного періоду проведена значна робота по приведенню будівель, мереж лікарні до нормального технічного стану. За кошти державного, обласного бюджетів, фонду регіонального розвитку та благодійного фонду "Майбутнє медицини" з 2012 року проведено капітальні роботи на загальну суму 33 млн. 248,383 тис. грн. Проведено: капітальний ремонт дев’ятиповерхового корпусу № 3 - утеплення фасаду та заміна віконних блоків, капітальний ремонт переходу від лікувального корпусу № 3 до операційного блоку № 8.

Відкрито сучасний діагностичний центр та експрес-лабораторію з метою забезпечення ранньої діагностики захворювань. Проведено ремонт приймального відділення та централізованого стерилізаційного відділення. Опікове відділення повністю реконструйовано та значно покращено матеріально-технічну базу.

Завершено роботи по реконструкції зовнішніх теплових мереж, часткова реконструкція внутрішніх інженерних мереж підвалу та першого поверху поліклініки. Проведено капітальний ремонт корпуса поліклінічного та травматологічного відділеннь, благоустрій території – асфальтування.

Проведено капітальний ремонт гемодіалізної зали відділення інтенсивної терапії. Завершено роботи з добудови рампи кисневої станції та установки компресора.

Проведено значну роботу по освітленню території лікарні у вечірній та нічний час. На території закладу упорядковано газони, клумби, постійно проводиться озеленення – висаджуються, дерева, кущі, квіти. В теплі пори року територія обласної лікарні є справжньою прикрасою обласного центру.

Одним із пріоритетних напрямків роботи Кіровоградської обласної лікарні стало впровадження міжнародної системи за стандартами ISO 9000. Для цього за останні роки в закладі проведено велику роботу по впровадженню та підтримки системи управління якістю, про що свідчить отримання Кіровоградською обласною лікарнею в числі перших лікувальних закладів в Україні Сертифікату ДСТУ ISO 9001:2009, дата видачі – 30.05.2016 № 054-16. Також, в 2016 році Кіровоградській обласній лікарні підтверджено вищу акредитаційну категорію, сертифікат Міністерства охорони здоров’я України серія МЗ № 013043, строк дії з 23.07.2016 по 22.07.2019.

Кіровоградська обласна лікарня, як лікувальний заклад третього рівня надання медичної допомоги, за останні 5 років став одним з найкращих в Україні.

Відповідно до довідки з єдиного державного реєстру підприємств та організацій України видами діяльності за КВЕД-2010 є:

- 86.10 – діяльність лікарняних закладів;
- 86.21 – загальна медична практика (Додаток Б).

Лікарня, як самостійний господарюючий статутний суб’єкт, є лікувально-профілактичним закладом із статусом некомерційної (неприбуткової) установи.

У своїй діяльності Лікарня керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, указами Президента України, постановами, розпорядженнями Кабінету Міністрів України та Верховної Ради України, нормативними документами Міністерства охорони здоров’я України, нормативними актами управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації та цим Статутом.

Метою діяльності Лікарні є:

– надання населенню, згідно з вимогами відповідних нормативно-правових актів, медичних послуг, спрямованих на збереження та відновлення здоров’я населення областіобласті і міста.

– Забезпечення висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної, невідкладної, діагностичної допомоги населенню Кіровоградської області та м.Кропивницький.

– Розробка заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги населенню області. Організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров’я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування.

Предметом діяльності Лікарні є:

– Надання населенню медичної допомоги, консультативно-діагностичних послуг, як безоплатно, так і на платній основі, відповідно до чинного законодавства України.

– Проведення профілактичних оглядів з метою ранньої, своєчасної діагностики окремих видів захворювань.

– Надання невідкладної медичної допомоги населенню при гострих і раптових захворюваннях, травмах, отруєннях та інших випадках незалежно від місця проживання.

– Забезпечення готовності підрозділів Лікарні до роботи в умовах виникнення надзвичайних ситуацій.

Майно Лікарні становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші матеріальні та нематеріальні цінності та активи, вартість яких відображається у самостійному балансі Лікарні.

Майно Лікарні є спільною власністю територіальних громад, міста та сіл Кіровоградської області, що перебуває на балансі Лікарні та безоплатно використовується на праві оперативного управління. Лікарня володіє та користується зазначеним майном. В разі ліквідації Лікарні майно, що належить

до сільної власності територіальних громад області, підлягає безоплатній передачі на баланс Засновника.

Лікарня здійснює користування землею та іншими природними ресурсами відповідно до мети своєї діяльності та чинного законодавства.

Джерелами формування майна Лікарні є:

– майно, передане їй Засновником;
– кошти, отримані відповідно до затвердженого кошторису;
– доходи, одержані від надання медичних послуг на платній основі;
– доходи, які надійшли за рахунок інших джерел фінансування;
– капітальні вкладення та дотації бюджетів;
– благодійні внески від фізичних та юридичних осіб;
– інші джерела, не заборонені Законами України.

Поточне (оперативне) управління Лікарнею здійснює її Керівник – головний лікар Кіровоградської обласної лікарні. Засновник, органи виконавчої влади та місцевого самоврядування не мають права втручатись в оперативну діяльність керівника.

Керівник Лікарні:

- розробляє фінансовий план та план розвитку Лікарні і подає на затвердження та здійснення фінансового контролю за її господарською діяльністю Кіровоградської обласної державної адміністрації;
- самостійно вирішує питання діяльності Лікарні за винятком тих, що віднесені законодавством та цим Статутом до компетенції Засновника;
- несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку Лікарні, результати її господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності установи, якість послуг, що надаються Лікарнею, використання наданого Лікарні майна згідно з вимогами законодавства, цього Статуту та укладених Лікарнею договорів, тощо.

Рішення з соціально-економічних питань, що стосуються діяльності Лікарні, розробляються і приймаються її органами управління за участю трудового колективу.

До складу трудового колективу Лікарні входять усі працівники, які своєю працею беруть участь в його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди), що регулює трудові відносини працівника з Лікарнею.

Структура управління будь-якою організацією є важливим елементов організації всієї роботи, в тому числі і для бюджетної установи, прикладом якої є Кропивницькийка центральна областьна лікарня.

Як видно з Додаток В, структура управління є лінійно-функціональною. Центральною фігурою є головний лікар, який і здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом.

Головний лікар має 4 заступників, зокрема: заступник з медичної частини, заступник з медичного обслуговування населення області, заступник з тимчасової непрацездатності населення, заступник з заступник з економічних питань (рис. 1.2).

Згідно зі статутом, структурними підрозділами лікарні є (Додаток А):

1. Адміністративно-господарський апарат
2. Інформаційно-аналітичний відділ;
3. Поліклінічне відділення;
4. Стаціонарне відділення:

– акушерське відділення;
– інфекційне боксове відділення;
– педіатричне відділення;
– терапевтичне відділення;
– об’єднане відділення хірургічного профілю з ліжками;
– відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;
– дитяча консультація;
– жіноча консультація;
– стоматологічне відділення;
– протитуберкульозний кабінет;
– кабінет ультразвукової діагностики;
– кабінет ФГДС фіброгастродуоденоскоп;

– клініко-діагностична лабораторія;
– рентгенівське відділення;
– фізіотерапевтичне відділення;
– патологоанатомічне відділення;
– відділення переливання крові (ВПК);
– денний стаціонар поліклініки;
– операційне відділення;
– прийомне відділення;
– центральна стерилізація;
– кабінет лікувально-фізкультурний та масажу;

5. Бухгалтерія;
6. Господарська служба.

Керівництво кожним зі структурних підрозділів здійснюють завідуючі відділеннями, бухгалтерією – головний бухгалтер, господарською службою – завідувач господарством.

2.2. Оцінка стану фінансово-економічних показників лікувального закладу КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Аналіз діяльності бюджетних установ - це процес з'ясування причинно-наслідкових зв'язків розвитку та зміни діяльності бюджетних установ, який включає в себе аналіз виконання кошторису та аналіз фінансового стану. Необхідність проведення аналізу у бюджетних установах в першу чергу зумовлена тим, що їх керівникам потрібна аналітична інформація про діяльність суб'єктів господарювання для прийняття відповідних управлінських рішень.

Згідно зі статтею 2 Бюджетного кодексу України бюджетна установа - це орган, установа чи організація, передбачена Конституцією України, а також установа чи організація, створена у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами

місцевого самоврядування, яка повністю або частково утримується за рахунок відповідного державного бюджету чи місцевих бюджетів.

Установи, які утримуються за рахунок коштів бюджетів, для забезпечення своєї діяльності, а також виконання покладених на них функцій, складають кошторис, який є важливим інструментом формування, управління й контролю фінансової політики бюджетної установи.

Кошторис бюджетних установ є основним плановим документом. Кошторис складається з двох частин: загального і спеціального фондів. Загальний фонд кошторису включає надходження із загального фонду бюджету і розподіл витрат. Спеціальний фонд кошторису включає надходження зі спеціального фонду бюджету і розподіл витрат. Спеціальний і загальний фонди кошторису складаються з доходної і витратної частини.

Розроблення кошторису бюджетної установи спрямоване на розв'язання двох основних завдань: по-перше – це визначення обсягу доходів і видатків, пов'язаних із діяльністю окремих структурних одиниць та підрозділів установи; а по-друге – забезпечення покриття видатків фінансовими ресурсами із різних джерел. Отже, аналіз дає нам можливість з'ясувати причини нестачі бюджетного фінансування або ж, навпаки, вчасно виявити перевитрати коштів або завищення асигнувань, здійснювати ефективний контроль за наявними ресурсами установи.

Під час аналізу виконання кошторису бюджетної установи в першу чергу досліджується динаміка, склад та структура видатків, враховуючи економічну класифікацію видатків бюджету. Важливим етапом аналізу виконання кошторису є вивчення співвідношення між касовими і фактичними показниками. Воно може характеризуватись рівністю між ними, перевищенням касових видатків над фактичними або ж, навпаки, фактичних видатків над касовими. Вивчення існуючого між ними об'єктивного взаємозв'язку та залежності дозволяє з'ясувати певні господарські й фінансові обставини, що виникли в процесі виконання кошторису бюджетної установи.

Спеціальний фонд бюджетних установ створюється внаслідок надання послуг та виконання робіт на загальних засадах. Величина спеціального фонду

на відповідну дату складається із залишків коштів на початок періоду та надходжень упродовж періоду, зменшених на суму витрачених коштів. На підставі розрахунків, які обчислюються за кожним джерелом доходу. здійснюється формування доходної частини спеціального фонду Кошти спеціального фонду можуть бути тимчасово залучені для здійснення видатків загального фонду.

Основними етапами аналізу виконання кошторису за спеціальним фондом можна визначити наступні:

1. Оцінка складу, структури та динаміки спеціального фонду за показниками залишків, надходжень і видатків – здійснюється за методиками горизонтального й вертикального аналізу.

2. Аналіз виконання плану надходжень спеціального фонду – передбачає співставлення планових (кошторисних показників з реальним надходженням коштів до бюджетної установи.

3. Аналіз виконання плану видатків спеціального фонду – спрямовано на дослідження виконання кошторису за спеціальним фондом.

4. Аналіз руху коштів спеціального фонду – здійснюється балансовим методом на основі наступної моделі:

$$Зп + Н = В + Зк \qquad (2.1),$$

де Зп – залишок коштів спеціального фонду на початок року;

Н – надходження коштів за рік;

В – використання коштів спеціального фонду за рік;

Зк – залишок коштів спеціального фонду на кінець року.

Для більш поглибленого аналізу досліджуваної ділянки бюджетної установи доцільним також буде розрахунок показників з інтенсивності руху грошових коштів, який дасть змогу дослідити процеси надходження та використання коштів спеціального фонду.

Інтенсивність руху коштів можливо визначити з допомогою коефіцієнтів:

- з надходження:

$$К\ обор.н. = Н / Зп + Н \qquad (2.2),$$

- з використання:

$$К\ обор.в.. = В / Зп + Н \qquad (2.3),$$

де, Кобор.н. – коефіцієнт обороту з надходження коштів спеціального фонду;

Кобор.в. – коефіцієнт обороту з використання коштів спеціального фонду;

Зп – залишок коштів спеціального фонду на початок року;

Н – надходження коштів спеціального фонду за рік;

В – використання коштів спеціального фонду за рік;

Зк –залишок коштів спеціального фонду на кінець року.

5. Факторний аналіз доходів спеціального фонду – здійснюється окремо за кожним видом надходжень на основі мультиплікативної моделі:

$$Д = Опп\ \ Воп \qquad (2.4),$$

де Д – доходи спеціального фонду;

Опп – обсяг платних послуг (у натуральних показниках, одиницях);

Воп – вартість одиниці послуг.

6. Факторний аналіз видатків спеціального фонду – здійснюється окремо за кожним видом видатків і дозволяє з’ясувати вплив окремих факторів на розмір видатків.

7. Узагальнення результатів аналізу – заключна стадія економічного аналізу, яка дозволяє зробити висновки про виконання кошторису установи за спеціальним фондом, визначити причини відхилень та розробити заходи щодо збільшення надходжень і прискорення руху коштів спеціального фонду. Аналіз спеціального фонду зазвичай завершується прийняттям управлінських рішень щодо подальшого розвитку бюджетної установи за рахунок спеціальних коштів.

Методика аналізу спеціального фонду бюджетної установи значною мірою відповідає методиці аналізу виконання загального фонду.

Отже, завдяки аналізу здійснюється кількісна та якісна характеристика тих змін і відхилень від планових показників, які відбуваються в установах, а

також з'ясовуються їх причини, виявляються резерви та розробляються заходи по усунення виявлених негативних тенденцій на майбутнє. Аналіз є необхідною складовою для установ та організацій будь-якої форми власності, в тому числі і бюджетної. З його допомогою аналізується забезпеченість фінансовими ресурсами, доцільність і ефективність їхнього розміщення і використання, оскільки оцінка цих показників потрібна для ефективного керування, планування, контролю, поліпшення та удосконалення діяльності бюджетної установи.

Далі, проаналізуємо безпосередньо виконання кошторису Кіровоградської обласної лікарні в частині загального фонду за складом і структурою за 2015-2019 роки (Додаток Г).

Аналізуючи таблицю 2.1 спостерігаємо наступне: більше 60 % затвердженог кошторису припадає на заробітну плату, 22 % на нарахування на заробітну плату, виплати населенню становлять лише 0,57 % від загальної суми кошторисних призначень на 2016 рік.

Загалом, фактичне виконання кошторисних призначень становить 98,52, %.

Аналізуючи таблицю 2.2 бачимо, що структура кошторисних призначень є аналогічною. У структурі переважають захищенні статті видатків, зокрема – заробітна плата – близько 61,14%, нарахування на неї – 22,02 % та енергоносії – 9,48 %. Фактичне виконання затверджених кошторисов видатків по лікувальному закладу становило близько – 99,45 %. Недовиконання характерне лише для статті – «Видатки на відрядження» - фактично виконано на 19,72 %, решта – більше 95 %.

Протягом 2018 року структура кошторису була наступною (табл. 2.3) – близько 61,22 % на заробітну плату та 21,96 % на нарахування, використання товарів та послуг – 15,85 %, з них на комунальні послуги та енергоносії близько 56,18%.

На відміну від решти проаналізованих періодів, виконання бюджету закладу було здійснено на 100, 33 %.

Аналізуючи табл. 2.4, спостерігаємо у 2019 році наступне: питома вага видатків на оплату праці становить більше третинни всіх видатків - 80,40 %, використання товарів та послуг лише 15,67 %, з них більше половини на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 58,41%.

Соціальне забезпечення становить лише 3,89 %.

Загалом, фактичне виконання кошторисних призначень становить 98,89 %, що пов'язано в основному, з недовиконанням видатків за такими статтями як «оплата інших енергоносіїв» та «видатки на відрядження».

З метою більш наочного аналізу динаміки фінансування закладу представимо у вигляді рис. 2.1 затверджений кошторис Кіровоградської обласної лікарні протягом 2015-2019 років:

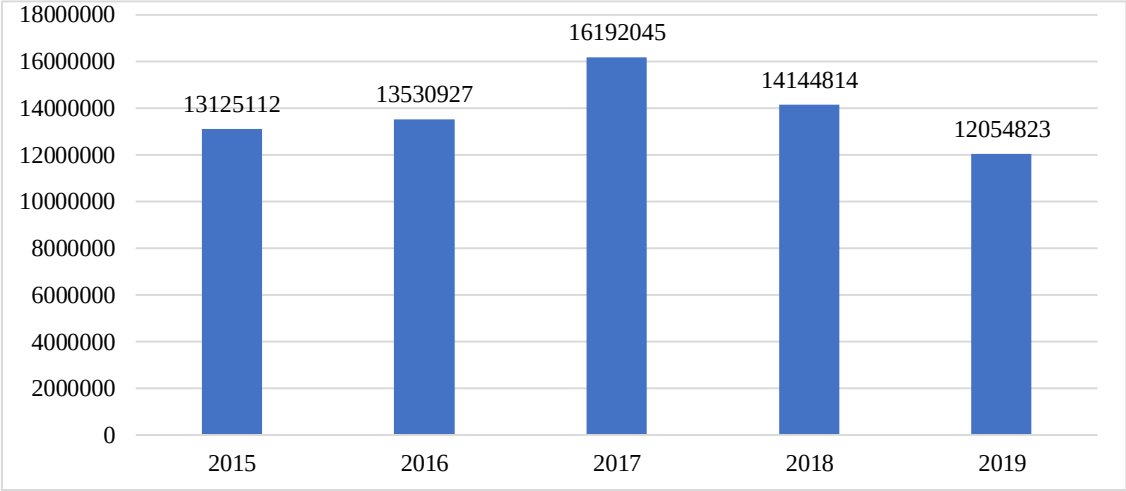

Рис. 2.1. Динаміка кошторисних призначень загального фонду Кіровоградської обласної лікарні протягом 2015-2019 років, грн

Як видно з рис. 2.2, обсяг кошторисних призначень у 2018 році значно знизився у порівнянні з 2017 роком. Далі, спостерігаємо у 2019 році, продовження скорочення фінансування, що пов'язано з кризою в економіці та включення режиму загальної економії.

Наступним етапом аналізу є оцінка відхилень касових та фактичних видатків загального фонду Кіровоградської обласної лікарні протягом 2015-2019 років, використовуючи таблиці Додатку Д.

Аналізуючи таблицю 2.5 спостерігаємо, що фактичні видатки перевищили касові на 126 974,8 грн або на 0,95 %, з таблиці 1.5 видно наступне

– перевищення становить 30 338,57 грн або на 0,19 %, що на 0,76 % менше ніж у попередньому році. Тоді як у 2018 році спостерігається недовиконання, зокрема фактичні видатки на 167 011 грн менші від касових. Для порівняння, у 2019 році, недовиконання за аналогічний період становило - 94884,42 грн.

Поряд із загальним фондом в межах закладу функціонує і спеціальний фонд. Тому проведемо аналіз виконання кошторису в частині спеціального фонду Кіровоградської обласної лікарні за 2015-2019 роки (табл. 2.9 - 2.12) (Додаток Ж).

Як видно з таблиць, що містяться в Додатку Ж, надходження спеціального фонду витрачаються в основному на капітальні видатки зокрема – придбання обладнання і предметів довгострокового користування, в 2015 та 2019 роках ще й на капітальні ремонти та реконструкцію об’єктів.

Відносно динаміки обсягу затвердженого кошторису, то він виглядає наступним чином (рис. 2.2):

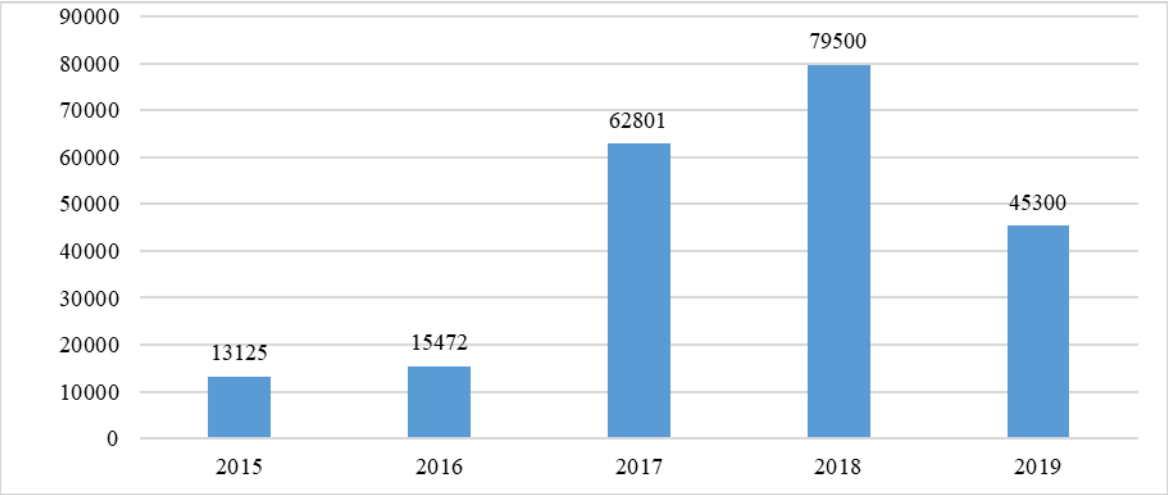

Рис. 2.2. Динаміка кошторисних призначень спеціального фонду Кіровоградської обласної лікарні протягом 2015-2019 років, грн

Як видно з рисунку 2.2, тенденція обсягу планування є висхідною, виключенням є 2019 рік, де спостерігаємо зниження обсягу до 45 300 грн. З метою більш детального аналізу обсягу виконання запланованих видатків проаналізуємо таблиці 2.13-2.16 (Додаток З).

Як видно з Додатку З, фактичне виконання касових видатків по спеціальному фонду наступне: у 2016 році – 8,12%, у 2017 році – 57,89%, у

2018 році касові видатки над фактичними навпаки перевищили – на 23 100 грн або 159,84 %, у 2019 році на 11 900 грн або 135,71 %.

Далі, вважаємо за доцільне розглянути динаміку доходів спеціального фонду Кіровоградської обласної лікарні за 2016-2019 роки (табл. 2.17):

Таблиця 2.17

Динаміка доходів спеціального фонду Кіровоградської обласної лікарні за 2016-2019 роки, тис. грн.

Показник за видами надходжень	Роки				Відхилення		
	2016	2017	2018	2019	2017 відносно 2016	2018 відносно 2017	2019 відносно 2018
Платні послуги	43182,66	36746,46	46797,48	49952,76	-6436,2	10051,02	3155,28
Орендна плата	21435,64	21619,63	27962,33	23713,46	183,99	6342,7	-4248,87
Благодійні внески	413143,17	878032,4	464586,5	561664,12	464889,23	-413445,9	97077,62
Всього	477761,47	936398,49	539346,31	635330,34	458637,02	-397052,1	95984,03

Для більшої наочності зобразимо види надходжень в динаміці графічно (рис. 2.3-рис. 2.6)

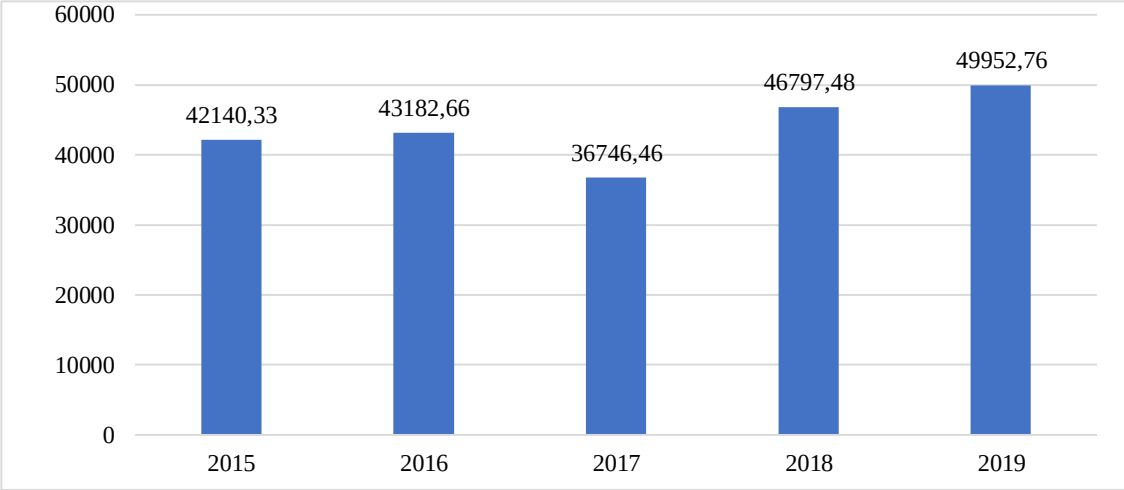

Рис. 2.3. Динаміка платних послуг Кіровоградської обласної лікарні за 2015-2019 роки, грн

Як видно з рисунку 2.3, протягом 2015-2019 року обсяг платних послуг мав, то нисхідну тенденцію і в 2017 рці знизився у порівнянні з 2016 роком на 6 436,2 грн і становив 36 746,46, то висхідну протягом 2018-2019 років, обсяг

яких у 2019 році був найвищим за досліджуваний період і становив 49 952,76 грн.

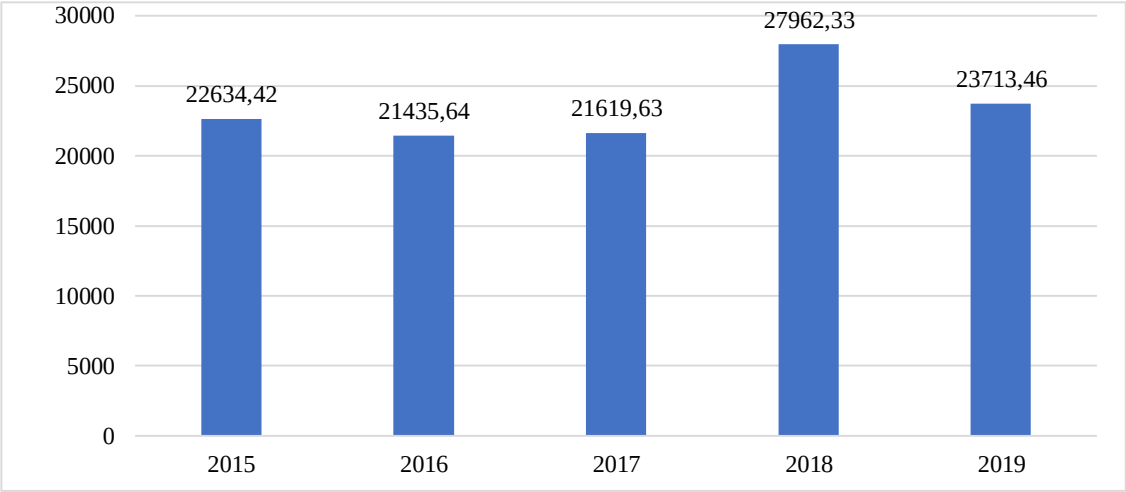

Рис. 2.4. Динаміка орендної плати Кіровоградської обласної лікарні за 2015-2019 роки, грн

Аналізуючи рисунок 2.4, спостерігаємо до 2018 року зростаючу тенденцію. Натомість у 2018 роців спостерігаємо зниження надходжень від орендної плати до 23 713,46 грн, у зв'язку з відокремленням екстрено-медичної допомоги, орендну плату за приміщення яка почала сплачувати первинній ланці.

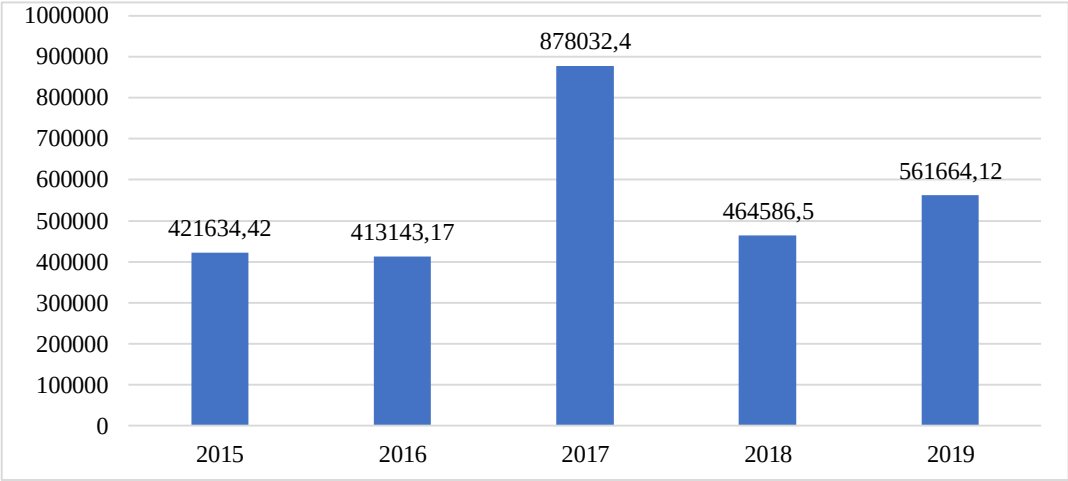

Рис. 2.5. Динаміка благодійних внесків Кіровоградської обласної лікарні за 2015-2019 роки, грн

Як видно з рисунку 2.5, це вид доходу, який займає у структурі всіх доходів спеціального фонду левову частку, проте специфікою якого є низький

відсоток можливості його прогнозуванняю. Аналогічна динаміка простежується і для зведеного показника доходів спеціального фонду.

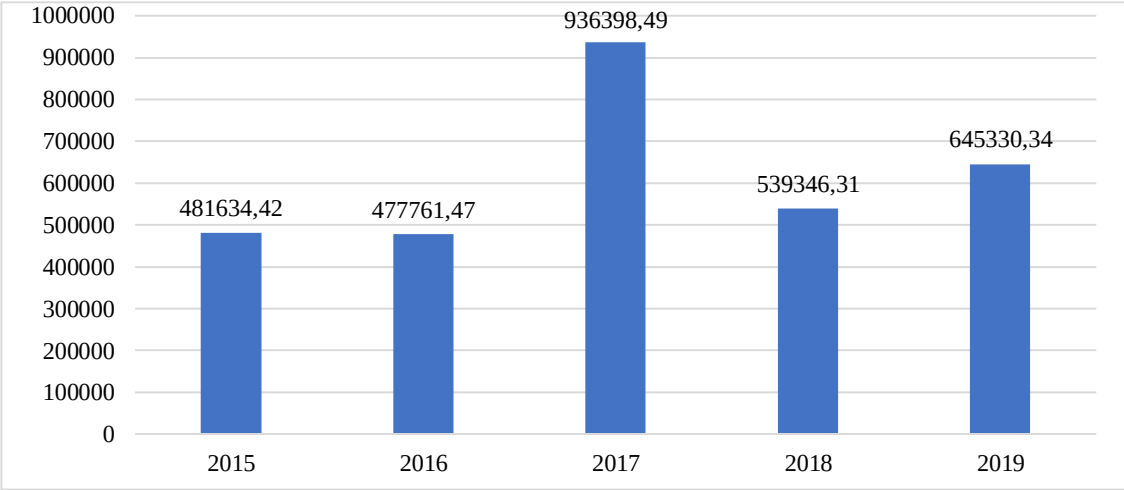

Рис. 2.6. Динаміка доходів спеціального фонду Кіровоградської обласної лікарні за 2015-2019 роки, грн

Наступним етапом аналізу фінансової діяльності досліджуваної бюджетної установи є аналіз фінансового стану на основі дослідження активів та пасисів організації за складом та структурою у динаміці за 2015-2019 роки (табл.. 2.18-2.21) (Додаток И).

Як видно з таблиці 2.18. у структурі активів у 2015 році переважають осовні засоби, значення яких на кінець року у порівнянні з початком зросло на 4,41 % і становило 1 404142,0 грн, що у загальній структурі становить 52,16 % валюти балансу.

Матеріали і продукти харчування на кінець року збільшились на 133466,89 грн або на 29,83 % і становили 580879,95 грн, що становить 21,58 % загальної структури активів.

У структурі пасивів найбільша частка відводиться фонду у необоротних активах, який на кінець 2015 року зріс і становив 1 622880,0 грн, що становить 60,29 % питомої ваги всіх пасивів.

Загалом протягом 2015 року валюта балансу збільшилась на 236086,01 грн або на 9,61 %.

Аналізуючи таблицю 2.19 видно, що структура загалом Кіровоградської обласної лікарні залишається незмінною, проте, за рахунок збільшення валюти

балансу на кінець 2017 року на 519 709,51 грн або на 19,31% питома вага структури кожної статті у загальній вазі зменшилась, за винятком - інших необоротних матеріальних активів – питома вага зросла на 0,82 пункта структури за рахунок абсолютного збільшення на 68 410 грн або на 31,27 %, а ткож малоцінні та швидкозношуванні предмети, валюта яких збільшилась на 26,54%.

Питма вага фонду у необоротних активах на кінець 2017 року зросла на 310 731,0 грн або на 19,15%, що у питомій вазі простежується 5,75 пунктів структури.

Зростаня фонду малоцінних та швидкозношуваних предметів відбувалось на 2,66 пункта структури або на 112330,99 грн або на 26,54 %. Крім того на 10,65 % зросли зобовязанння перед постачальниками та підрядниками.

Як було вже зазначено вище у 2018 році від Кіровоградської обласної лікарні відокремилась первинна ланка, отже відбулось відчуження майна та його передача, як підсумок валюта балансу зменшилась на 951 991,09 грн або на 29,64 %.

Загалом знизилась питома вага основних засобів на 4,06 пунктів структури та у абсолютному виразі на 579900,0 грн., інші необоротні матеріальні активи на 73 966,0 грн, або на 25,76 %, матеріали та продукти харчування на 206490,48 грн або на 29,90%.

Структура пасивів змінилась наступним чином: фонд у необоротних активах зменшився на 3,57 пунктів структури або на 653866,00 грн, розрахунки з постачальниками та підрядниками навпаки зросли на 9,22 % або на 9 134,54 грн, зросли розрахунки з підзвітними особами.

Аналізуючи таблицю 2.21 видно, що структура загалом Кіровоградської обласної лікарні залишається незмінною, проте, за рахунок зменшення валюти балансу на кінець 2019 року на 213,485 грн або на 9,45% питома вага структури кожної статті у загальній вазі зменшилась, за винятком -інших необоротних матеріальних активів – питома вага зросла на 0,84 пункта структури, а також малоцінні та швидкозношуванні предмети, валюта яких збільшилась на 12,71%.

Питома вага фонду у необоротних активах на кінець 2019 року знизилась на 68 861 грн або на 5,38%, що у питомій вазі простежується 2,545 пунктів структури.

Зростання фонду малоцінних та швидкозношуваних предметів відбувалось на 4,27 пункта структури або на 50 096,2 грн або на 12,71 %. Поряд з тим, на 73 319 грн скоротились зобовязанння перед постачальниками та підрядниками, що у питомій вазі становить -21,27 пунктів структури.

Використовуючи систему показників, яка наведена в таблиці 2.22 розрахуємо показник фінансової стійкості для Кіровоградської обласної лікарні.

Таблиця 2.22

Система показників фінансової стійкості бюджетної установи

Показник	Алгоритм розрахунку	Умовні позначення
Коефіцієнт автономії ($К_{авт}$)	$К_{авт}$=К/ВБ	К – власний капітал; ВБ – валюта балансу; З – зобов'язання; ВОК – власний оборотний капітал; ОА – оборотні активи; $ОЗ_{зал}$ – основні засоби за залишковою вартістю; $ОЗ_{пер}$ – основні засоби за первісною вартістю.
Коефіцієнт мультиплікації власного капіталу ($К_{МК}$)	$К_{авт}$=К/ВБ=1/$К_{авт}$	
Коефіцієнт фінансової стійкості ($К_{ФС}$)	$К_{ФС}$ = К / З	
Коефіцієнт загальної заборгованості ($К_{ЗЗ}$)	$К_{ЗЗ}$= З/ВБ	
Коефіцієнт маневрування ($К_{ман}$)	$К_{ман}$ = ВОК/К	
Коефіцієнт частки власного капіталу в оборотних активах ($К_{вок}$)	$К_{вок}$ = ВОК/ОА	
Коефіцієнт реальної вартості основних засобів ($К_{РВ}$)	$К_{РВ}$ = $ОЗ_{зал}$ /ВБ	
Коефіцієнт накопиченої амортизації ($К_{НА}$)	$К_{НА}$ = $ОЗ_{зал}$ /$ОЗ_{пер}$	

Джерело: складено автором

$$К_{авт2016} = 1622880+423219,24+167682,71+94892,93/2691773,59=0,86$$

$$К_{авт2017} =1933611+535550,23+198031,28+106644,75/3211483,10=0,86$$

$$К_{авт2018} = 1279745+394240,60+30210,68+147162,46/2259492,01=0,82$$

$$К_{авт2019} = 1210884+444336,77+125095,1+137022,48/2046006,6=0,94$$

Як бачимо показник автономії є допустимим норми, адже перевищує нормативне значення 0,5.

$$К_{МК}2016=1/0,86=1,17$$

$$К_{МК}2017=1/0,86=1,17$$

$$К_{МК}2018=1/0,82=1,22$$

$К_{МК}2019=1/0,94=1,06$

Виходячи з нормативно значення нижче 2,0, коефіцієнт мультиплікації власного капіталу є в межах норми.

Показник характеризує фінансову стійкість підприємства, який показує скільки грн. власного капіталу припадає на 1 грн залученого капіталу, нормативне значення кого становить більше 1. Спостерігаємо:

$К_{ФС2016=}$ 1622880+423219,24+167682,71+94892,93/106960,15+276138,56=602

$К_{ФС2017 =}$ 1933611+535550,23+198031,28+106644,75/108630,67+329015,20=6,34

$К_{ФС2018=}$1279745+394240,60+30210,68+147162,46/116903,30+291229,97=4,54

$К_{ФС2019=}$1210884+444336,77+125095,1+137022,48/48949,24+79719,01=14,90

Коефіцієнт загальної заборгованості показує співвідношення, частрку заборгованості у валюті балансу:

$К_{З32016=}$106960,15+276138,56/2691773,59=0,14

$К_{З32017=}$108630,67+329015,20/3211483,10=0,14

$К_{З32018=}$116903,30+291229,97/2259492,01=0,18

$К_{З32019=}$48949,24+79719,01/2046006,6=0,06

Наступним є коефіцієнт маневрування:

$К_{ман}2016=46117,07/$1622880+423219,24+167682,71+94892,93=0,02

$К_{ман}2017=38322,45/$1933611+535550,23+198031,28+106644,75=0,01

$К_{ман}2018=97560,45/$1279745+394240,60+30210,68+147162,46=0,05

$К_{ман}2019=14385,84/$1210884+444336,77+125095,1+137022,48=0,01

Показник показує, яке частина власного капі талу використовується для фінансування по точної діяльності. Визначається як відношення власного капіталу до оборотних активів і має становити більше 0,4:

$К_{вок\ 2016=}$ 46117,07/580879,95+423219,24+14770,82+3906,51+46117,07=0,04

$К_{вок\ 2017=}$38322,45/690616,41+535550,23+9547,90+3835,11+38322,45=0,03

$К_{вок}$ $К_{РВ2018=}$97560,45/484125,93+394240,60+1194,01+97560,45+2626,02=0,1

$К_{вок}$ $К_{РВ2019=}$14385,84/366537,32+444336,77+3971,99+14385,84+5890,68=0,02

Як бачимо жодне зі значень не відповідає нормативному.

Розрахуємо далі реальну вартість основних засобів:

$К_{РВ}$2016=1404142/2691773,59=0,52

$К_{РВ}$2017=1646463/3211483,10=0,51

$К_{РВ}$ 2018=1066563/2259492,01=0,47

$К_{РВ}$ 2019=1000601/2046006,6=0,49

Коефіцієнт накопиченої амортизації:

$К_{НА2016=}$1404142/7203941=0,19

$К_{НА2017=}$1646463/7697407=0,21

$К_{НА2018=}$1066563/6278894=0,17

$К_{НА2019=}$1000601/6369291,08=0,16

Підсумовуючи вищенаведений аналіз показників фінансової стійкості підкреслимо, що більшість показників є межах норми, що свідчить про управління та керованість установою, також незабезпеченість у повній мірі власними оборотними активами підкреслює специфіку діяльності закладу.

2.3. Оцінка ефективності управління КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Зміни в діяльності системи медичного страхування, що дозволяють пацієнтові вибирати медичний заклад і лікаря, націлені на створення ринку медичних послуг і формування конкурентного середовища. Це викликає необхідність адаптації діяльності медичних установ до змін зовнішнього середовища відповідно до сучасних вимог споживачів медичних послуг за рахунок ефективного управління, конкурентоспроможності медичних послуг, рівня її якості.

З метою систематизації інформації про діяльність медичного закладу проведено SWOT-аналіз для визначення основних пріоритетів, проблем і можливостей, що виходять із зовнішнього і внутрішнього середовища, в межах

якої функціонує КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради».

Матриця SWOT-аналізу факторів діяльності КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» представлена в табл. 2.23.

Таблиця 2.23

SWOT-аналіз факторів діяльності КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Зовнішні фактори		
	Сприятливі можливості	Загрози і ризики
	1. Державна підтримка охорони здоров'я 2. Зростання попиту на медичні послуги 3. Можливість обслуговування додаткових груп споживачів. 4. Поява нових технологій. 5. Зростання рівня доходів населення	1. Висока активність конкурентів. 2. Посилення вимог постачальників. 3. Підвищення вимог споживачів медичних послуг до якості обслуговування. 4. Підвищення цін на ресурси.
Внутрішні фактори		
Сильні сторони	е: «Сила і можливості» (СІМ)	Поле: «Сила і загрози» (СІЗ)
1. Популярність і стабільна репутація установи 2. Використання сучасних медичних технологій 3. Висока компетентність і кваліфікація персоналу. 4. Висока зацікавленість співробітників у розвитку організації.	Стратегія: використання сильних сторін організації для максимізації можливостей зовнішнього середовища; використання можливостей для максимізації корисності сильних сторін організації. Методи реалізації стратегії: збільшення обсягу медичних послуг, розширення асортименту медичних послуг.	Стратегія: використання переваг підприємства для подолання загроз та ризиків зовнішнього середовища. Методи реалізації стратегії: - придбання сучасного обладнання та використання сучасних технологій; висока компетентність і кваліфікація персоналу.
Слабкі сторони	оле: «Слабкі сторони та можливості »(ССМ)	е: «Слабкі сторони та загрози» (ССЗ)
1. Слабка стратегія управління 2. Слабка маркетингова політика 3. Висока собівартість послуг 4. Недолік самофінансування 5. Зношеність медичного обладнання 6. Нестача висококваліфікованої медичного персоналу. 7. Неефективне управління організацією 8. Зношеність матеріальної бази 9. Відсутність конкурентів при підборі кадрів	Стратегія: використання можливостей, що з'явилися для нівелювання слабких сторін внутрішнього середовища організації. Методи реалізації стратегії: - залучення додаткових фінансових ресурсів шляхом надання платних медичних послуг.	Стратегія: запобігання найбільш істотних загроз і зміцнення слабких позицій внутрішнього середовища підприємства. Методи реалізації стратегії:

Джерело: сформовано автором

Аналізуючи дані SWOT-матриці, діяльність КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» можна оцінити як ризикована, тому що є поєднання сприятливих можливостей при великих небезпеки, значний вплив зовнішніх загроз.

Для успішного аналізу факторів діяльності методом SWOT важливо не тільки виявити загрози і можливості, але і оцінити їх з точки зору впливу і важливості на стратегію управління КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради».

Для цього доцільно застосувати метод позиціонування кожної конкретної можливості на матриці можливостей, представленої в табл. 2.24.

Таблиця 2.24

Матриця можливостей КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Ймовірність використання можливості	Вплив		
	сильний	помірний	незначний
Висока	ПОЛЕ ВС: - висока ймовірність і сильний вплив; - державна підтримка охорони здоров'я; - поява нових технологій надання медичної допомоги населенню.	ПОЛЕ ВП: - висока ймовірність і помірний вплив; - зростання попиту на платні медичні послуги.	ПОЛЕ ВН: - висока ймовірність і незначний вплив.
Середня	ПОЛЕ СС: – середня ймовірність і сильний вплив.	ПОЛЕ СП: - середня ймовірність і помірний вплив; - зростання рівня доходів населення.	ПОЛЕ СН: - середня ймовірність і незначний вплив.
Низька	ПОЛЕ НС: – низька ймовірність і сильний вплив; – можливість обслуговування додаткових груп населення	ПОЛЕ НП: – низька ймовірність і помірний вплив.	ПОЛЕ НН: – низька ймовірність і незначний вплив.

Джерело: сформовано автором

Так, найбільший вплив на діяльність КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» нададуть наступні зовнішні фактори:

- державна підтримка охорони здоров'я;
- поява нових технологій надання медичної допомоги населенню;
- зростання попиту на платні медичні послуги.

Для оцінки загроз складена матриця, представлена в табл. 2.25

Таблиця 2.25

Матриця загроз КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

Ймовірність реалізації загрози	Можливі наслідки			
	Руйнування	Критичний стан	Важкий стан	Легкі удари
Висока	ПОЛЕ ВР: - висока ймовірність і руйнування; - висока активність конкурентів	ПОЛЕ ВК: - висока ймовірність і критичний стан	ПОЛЕ ВВ: - висока ймовірність і важкий стан; - підвищення цін на ресурси	ПОЛЕ ВЛ: – висока ймовірність і легкі удари
Середня	ПОЛЕ СР: - середня ймовірність і руйнування; - недосконалість управління установою	ПОЛЕ СК: - середня ймовірність і критичний стан; - підвищення вимог до якості медичних послуг	ПОЛЕ СВ: – середня ймовірність і важкий стан; – - високі витрати по утриманню матеріально-технічної бази	ПОЛЕ СЛ: – середня ймовірність і легкі удари
Низька	ПОЛЕ НР: - низька ймовірність і руйнування.	ПОЛЕ НК: – низька ймовірність і критичний стан.	ПОЛЕ НВ: – низька ймовірність і важкий стан.	ПОЛЕ НЛ: – низька ймовірність і легкі удари; – чутливість до нестабільності зовнішніх умов бізнесу.

Джерело: сформовано автором

Загрози, що потрапляють в поля ВР, ВК, СР і ВВ, становлять велику небезпеку для організаціїї вимагають негайного і обов'язкового усунення або вжиття заходів щодо зниження їх негативного впливу.

Для КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» такими зовнішніми ризиками є:

- висока активність конкурентів;
- підвищення цін на ресурси;
- недосконалість управління організацією.

Загрози в полях НР, СТ і СК також повинні контролюватися організацією і усуватися. Такими погрозами є підвищення вимог до якості медичних послуг. Що стосується загроз, що знаходяться в полях НК, СВ і ВЛ, то потрібно

уважний і відповідальний підхід до їх усунення. Потрапили в решту поля загрози і ризики макрооточення підприємства повинні відслідковувати і оперативно оцінювати за рівнем впливу на діяльність організації.

Таким чином, при проведенні SWOT-аналізу внутрішнього і зовнішнього середовища діяльності КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради», були встановлені зв'язки як між сильними і слабкими сторонами медичного закладу, так і між можливостями і ризиками макрооточення.

Дані залежності дозволили виділити чотири поля поєднання внутрішніх і зовнішніх чинників:

Аналізуючи дані SWOT-матриці, можна зробити висновок про те, що діяльність КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» оцінюється як ризикована, а при низькій вірогідності здійснення можливостей і досить високу ймовірність реалізації загроз зовнішнього середовища - наближається до проблемного.

Процедура ранжирування зовнішніх факторів показала, що найбільш значущими та ймовірними виявилися:

- державна підтримка охорони здоров'я;
- ослаблення обмежує законодавства;
- зростання попиту на медичні послуги;
- можливість обслуговування додаткових груп споживачів;
- поява нових технологій;
- зростання рівня доходів населення.

Побудова матриці загроз, виявило наступне:

- підвищення цін на ресурси і високі витрати по утриманню матеріально-технічної бази;
- недосконалість управління організацією та висока активність конкурентів загрожує можливим руйнуванням організації.

Таким чином, проаналізувавши можливості КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради», його слабкі та сильні сторони, розглянувши загрози, що виходять із зовнішнього середовища і приймаючи

принципи вироблення стратегії управління в рамках SWOT-аналізу, є можливість визначити економічний механізм управління підприємством.

Так як КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради» працює в умовах з сильною зовнішньою конкуренцією, то виходячи з результатів матриці загроз виходом з положення, що створилося, на нашу думку, буде впровадження деяких елементів логістичного управління потоками в організації.

Конкретними економічними методами по реалізації встановленої стратегії управління установою є:

- залучення додаткових фінансових ресурсів шляхом розширення асортименту послуг, платних медичних послуг;
- розробка методів залучення випускників медичних академій для роботи в КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»;
- вдосконалення управлінням потоками пацієнтів.

Загалом, слід зробити висновок про доцільність розробки стратегії розвитку досліджуваного лікувального закладу з урахуванням сучасного ринку медичних послуг Кіровоградської області.

РОЗДІЛ 3.
РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

3.1. Концептуальне бачення стратегії та тактики реформування закладів охорони здоров’я України

Системна розбалансованість існуючої моделі української охорони здоров'я з переходом держави на ринкову економіку, що продовжуються деструктивні процеси із загрозливими наслідками обумовлені багатьма об'єктивними причинами. До них відносять недосконалість законодавчої та нормативної бази, брак фінансових коштів, технологічне відставання від світових медичних стандартів, надмірну чисельність окремих ресурсних компонентів (кадри, ліжка, мережа лікувально-профілактичних установ та ін.). І їх нераціональне використання (Бобров В.Я., 1995; Васильченко С.А., Мостіпан А.В., 1995; Калашников І.Я., Казарін Б.В., 1995).

Безперечно, частка істини в цих твердженнях є. Однак зазначені причини і фактори все ж другорядні, тобто мають наслідковий характер.

Гносеологічні корені кризи галузі знаходяться в іншій площині - неадекватність організаційної моделі системи охорони здоров'я і схем управління формується ринкових відносин.

Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі - етапі переходу до ринкової економіки, багатоукладності - є організація якісно нових моделей інфраструктури та схем управління відповідно до вимог теорії систем, менеджменту і реальними умовами. Тому в нинішніх економічних умовах функціонуюча система охорони здоров'я підлягає істотним організаційно-управлінським змінам на науковій основі.

Спроби галузевого реформування системи охорони здоров'я, в тому числі і відповідно до наявної Концепцією МОЗ України (Концепція Реформування системи охорони здоров'я України, 1997), шляхом введення нових відносин господарювання та організаційних моделей її функціонування носять переважно локальний характер, здійснюються безсистемно, без належного законодавчо-нормативної бази та службово-посадової ініціативи, вивчення

думки безпосередньо медичних працівників органів і установ, громадськості, поглядів на проблему і пропозицій, що стосуються шляхів її вирішення, керівників держави, держадміністрацій, депутатів.

Ставши членом Ради Європи в Страсбурзі, Україна зміцнила свої позиції рівноправного партнера в Регіональному бюро ВООЗ, яке приступило до процесу реформ в рамках програми «Евроздоровье». Це багато до чого зобов'язує нашу державу.

Необхідність реформування існуючої системи охорони здоров'я є актуальною ще й тому, що універсальних і досконалих систем немає, так як, володіючи респонсівнимі властивостями, вони повинні періодично реструктурізовиваться і видозмінюватися.

Аналіз даних літератури (Малер Х., 1982; Алієв М.А., 1991; John H. Bryant, 1994; Некрасова Л.С., 1995; Пиріг Л.А., 1997; Джердж С., 1997; Dzupa K. , Rohac I., 1997) і системний підхід до вирішення проблеми свідчать про неможливість запозичувати систему охорони здоров'я в інших країнах для впровадження в Україні внаслідок ряду особливостей: географічних і природно-кліматичних, геополітичних і економічних, етнічних, демографічних, медико-санітарних, екологічних, психологічних, культурних і ін.

Отже, з системно-логічних позицій, організація дієздатних систем охорони здоров'я та медичної допомоги вимагає реалізації державно-територіального принципу, на основі якого і можливості стратегічного-тактичне моделювання. А саме, на державному рівні повинні розроблятися ідеологічні (стратегічні) вимоги до моделі системи медичної допомоги, а на регіональному - адаптовані оперативно-тактичні (тобто кожен регіон з урахуванням місцевих особливостей і специфіки приймає власні рішення щодо її організаційної структури, схеми-моделі діяльності і управління). охорони здоров'я, орієнтована на нові організаційні принципи і управлінські схеми, а також цільові установки і функції, - факт, який не потребує коментаря. Але будь-які реструктівние процеси приречені, якщо їх оптимізаційні моделі не ґрунтуються на примноженні досягнутого, тобто необхідний системно-історичний підхід.

І ще одна умова. Процеси реформування вимагають компетентного управління, що неможливо без єдиної, згуртованої команди однодумців, експертів в медичній галузі і політиці, без адекватної законодавчої і нормативної бази. Крім того, проблеми здоров'я населення повинні зачіпати інтереси держави, суспільства і особисто кожної людини.

В якості найважливіших напрямків стратегії і тактики реформування охорони здоров'я України можна виділити наступні.

1. Збереження державних (конституційних) гарантій в галузі охорони здоров'я населення і медичної допомоги (Основи законодавства України про охорону здоров'я, 1993; Конституція України, 1996).

Цей напрямок має виняткову значимість і перш за все суспільно-політичну (Джердж С., 1997). Підтвердженням є офіційно проголошені Всесвітньою Асамблеєю ВООЗ нові підходи до проблем здоров'я на XXI століття - «Право на здоров'я - фундаментальне право для всіх». Це означає:

• здоров'я розглядається як основний ресурс суспільства, держави;

• право на здоров'я має бути зафіксовано в Кодексах всіх держав;

• держави зобов'язані забезпечити право кожного громадянина на збереження, зміцнення і відновлення його здоров'я.

2. Диференціація існуючої системи охорони здоров'я на дві підсистеми: охорони здоров'я та медичної допомоги.

Концепція МОЗ України (Концепція Реформування системи охорони здоров ' я, 1997) передбачає відновлення втраченого здоров'я, тобто забезпечення населення медичною допомогою, а не охороною здоров'я, що принципово відрізняється підходом до реалізації його функцій - збереження, зміцнення і відновлення. Перші дві стосуються переважно соціально-економічних аспектів та повинні забезпечуватися органами державної влади та громадськістю, третя - діяльності медичних установ. У цьому контексті співзвучно і нове уточнене поняття «здоров'я», запропоноване в 1998 р Асамблеєю ВООЗ, згідно з яким здоров'я - це динамічний процес повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад.

Проте, на практиці питання охорони здоров'я населення покладені фактично на існуючу систему охорони здоров'я, хоча її функціональне призначення полягає переважно в рішенні проблем відновлення здоров'я та здійсненні медичної профілактики. Це визначає необхідність функціонально-структурної реорганізації існуючої системи охорони здоров'я на всіх її рівнях за рахунок чіткого розмежування функцій підсистем «охорона здоров'я», як загальнодержавних заходів, так і безпосередньо «медичної допомоги». Цей підхід при підтримці вже реалізований в м. Кропивницький.

3. Організація єдиної державної системи медичної допомоги поряд з існуванням альтернативних моделей (тобто багатоукладність), їх конкурентоспроможністю.

Нові економічні відносини дозволяють переходити і до недержавних форм надання лікувально-профілактичних послуг. Але одночасне функціонування в державі кількох дублюючих бюджетних систем медичної допомоги різного відомчого підпорядкування (МОН підтримали оборони; залізничного, повітряного, морського і водного транспорту і ін.) Не можна вважати «вдалим управлінським рішенням» з економічних, медичних, соціальних і політичних позицій.

Бюджетною системою медичної допомоги повинна бути тільки одна - державна. Решта можуть бути організовані за рахунок прибутку конкретного фізичної особи, юридичної суб'єкта або відомства. Однак для реалізації цього напрямку необхідні зміни принципів і механізмів оподаткування на користь зацікавленості відомств, роботодавців та ін.

Разом з тим, сьогодні стає очевидним, що найбільш прийнятним принципом створення дійсно ефективної системи медичної допомоги є поступово вдосконалюється комбінування підходів громадського і, наприклад, приватного або відомчих секторів, а не бездумне руйнування існуючої державної системи. При цьому розвиток приватного, комерційного або відомчого сектора повинно регулюватися і контролюватися державою, суспільством.

4. Удосконалення та перехід на нові схеми-моделі системи управління та управлінської діяльності. В їх основу повинні бути покладені розробки сучасного менеджменту: демократичність, скорочення ступенів і етапів управління, посилення управлінської самостійності керівників всіх рівнів, перерозподіл функцій між суб'єктами управління галуззю (вищі забезпечують реалізацію функцій стратегічного управління, а нижчестоящі - оперативно-тактичного управління) і ін.

При моделюванні управлінських схем важливо врахувати і те, що системи охорони здоров'я і медичної допомоги, засновані тільки на методах централізованого управління або виключно ринкових принципах, однаково не підходять для них. Тому при їх обґрунтуванні необхідно прагнути до належного співвідношенню центрального управління та децентралізованого участі підвідомчих структур, тобто до переходу від переважно галузевого принципу управління галуззю до територіального з концентрацією відповідної частки матеріальних і фінансових ресурсів на її розвиток в розпорядженні місцевої влади. Це передбачено і «Законом про самоврядування»;

• збалансованості управлінських механізмів в центрі і на місцях, враховуючи при цьому особливості регіону та ін.

5. Використання стратегічного планування, тобто модель дій, необхідних для досягнення поставлених цілей шляхом координації та розподілу ресурсів системи (Васильченко С.А., Мостіпан А.В., 1995).

6. Перехід на фінансове планування в організації медичної допомоги та управлінні її ресурсами. Суттєвою складовою методики фінансового планування є функціонально-вартісна оцінка надаються видів медичної допомоги. Цей підхід дозволяє забезпечити, на відміну від нормативного планування, узгодження, наприклад, державних гарантій з фінансовим забезпеченням і структурою існуючого охорони здоров'я.

До 1980 р було прийнято вважати, що ринкові механізми, конкуренція і все мікроекономічні чинники не прийнятні для медицини, і вони розглядалися як такі, що суперечать медичної етики (Закірова С.А., 1996).

Фінансове планування в умовах ринкової економіки передбачає механізми конкурентоспроможності серед суб'єктів, що надають медичні послуги. Однак при цьому необхідний облік ряду обставин:

а) свобода ринку робочої сили і приватизація в медицині можуть «працювати» лише в певних межах. Зокрема, вони не можуть гарантувати доступність медичної допомоги та належне обслуговування за цінами, які споживачі можуть собі дозволити. Отже в процесі переходу від економіки, заснованої на централізованому плануванні, до ринкової держава повинна подбати про те, щоб уникнути дорогих помилок, які вже були здійснені на цьому шляху в західних країнах;

б) в умовах обмеженого фінансування необхідно відмовитися від штатного та іншого ресурсного надмірності, змісту необов'язкових управлінських і допоміжних структур (Юрченко В.Д., Козлюк В.М., 1995);

в) потреба в певному часовому проміжку для реструктуризаційних процесів і психологічної перебудови мислення керівників національного, республіканського рівня і лікувальних установ;

г) надається пацієнту свобода вибору медичних працівників та зайнятість останніх на контрактній основі приведуть до підвищення якості та скорочення витрат, наприклад, в результаті конкуренції.

Однак на практиці цей підхід може призвести до фінансового нерівності та економічної неефективності. Наприклад, в США прямі витрати на приватні служби однакові для всіх громадян незалежно від доходів (Jarmen B., Bosangner N., 1992);

д) високі витрати на маркетинг поряд з витратами, які необхідні для отримання прибутків і змісту управлінського штату;

е) конкуруючий ринок повинен гарантувати споживачеві вільний вибір на основі його знань і досвіду. В медицині, так як знання споживача в області здоров'я і медицини зазвичай недостатні для того, щоб він міг прийняти самостійне обгрунтоване рішення.

7. Введення медичного страхування. Медичне страхування слід розглядати як складову частину нового виду соціально-економічних відносин в

галузі, адекватних ринковій економіці. Однак введення системи медичного страхування зажадає наявності численного управлінського персоналу, в обов'язки якого буде входити реєстрація вкладників і утриманців, збір внесків, розбір скарг, взаємодія з особами, які забезпечують медичну допомогу, і оплата медичних послуг. Зміст цього штату, на думку авторів (Калашников І.Я., Казарін Б.В., 1995), деколи вимагає значно більших витрат, ніж державна система загальної медичної допомоги.

В Україні двічі вводили систему медичного страхування через лікарняні каси - до 1917 р і в період НЕПу - системи рабмеда (робочої медицини). Однак в 1927 р система рабмеда України, активно використовує принципи страхової медицини і елементи ринкових відносин, була скасована. Утвердилася централізована система охорони здоров'я, відмінною рисою якої стало монопольне володіння виробництвом медичних послуг і фінансування за залишковим принципом.

8. Раціоналізація інфраструктури мережі системи медичної допомоги та підвищення ефективності використання ресурсів. Очевидними є необхідність реорганізації існуючих медико-організаційних етапів надання допомоги, введення сучасних стандартів медичних технологій на всіх її етапах, виняток дублюючих служб, перегляд принципу «терапевтичний ділянку» на користь «територіального ділянки» з бригадної організацією роботи. Це дозволить для організації первинної медичної допомоги використовувати «принцип сімейної медицини» і до 80% пацієнтів лікувати на першому медико-організаційному етапі. Цей напрямок, за активної участі обласного управління охорони здоров'я та підтримки облдержадміністрації, вже частково впроваджено в Закарпатській області.

9. Упорядкованість податкової політики по відношенню до діяльності бюджетних організацій. Потрібні нові підходи і принципи фінансування галузі, механізми рефінансування бюджету (наприклад, доходи залишати на розвиток медичних установ, звільняти їх від плати за комунальні послуги як установи територіальної комунальної форми власності та ін.).

10. Узгодження функції системи медичної допомоги з можливостями галузі (технологічними, фінансовими, інформаційними та ін.). Для цього необхідні:

• зміна структури медичної допомоги на користь ресурсозберігаючих видів, в першу чергу амбулаторно-поліклінічної;

• перепрофілювання ряду медичних установ (насамперед амбулаторно-поліклінічних) з організацією відділень медико-соціальної допомоги, хоспісів, лікарень сестринського догляду, мережі денних і домашніх стаціонарів;

• раціоналізація ліжкового фонду в залежності від потреби населення в конкретній медичної допомоги і фінансових ресурсів при скороченні потужності медичних установ. Ліжковий фонд потрібен тільки для пацієнтів, які потребують цілодобового спостереження;

• відмова від системоруйнівний нормативів, обмежень (особливо що стосуються медичних технологій - функція лікарської посади, оборот ліжка та ін.):

• акредитація та ліцензування медичних установ;

• впровадження системи єдиної медичної доктрини;

• розвиток і організація медико-економічної статистики і медико-економічного аналізу.

11. Затвердження урядом гарантованого рівня та обсягу медичної допомоги та послуг, тобто формування держзамовлення.

Досвід економічно розвинених країн доводить, що орієнтація тільки на ринкові відносини, зменшення частки бюджетного фінансування лікувально-консультативної діяльності здатні підірвати організаційно-економічні основи розвитку служби здоров'я.

12. Реформування медичної освіти з орієнтацією на досягнення світових стандартів в підготовці лікарів та інших фахівців галузі.

Особливо актуальна підготовка і підвищення кваліфікації медичних працівників первинної ланки, а також апарату управління, економістів, юристів і медичних психологів. Крім того, сьогодні потрібні оптимізаційні системи, механізми підвищення кваліфікації та атестації фахівців.

13. Реформування науки, її фундаментальний і прикладний характер, комплексування науково-пошукових досліджень.

14. Підвищення рівня санітарної культури населення, залучення його до вирішення проблем охорони здоров'я, формування здорового способу життя.

Таким чином, реформування існуючої системи державної охорони здоров'я та апарату управління, діяльності її регіональних підсистем слід здійснювати системно, комплексно і цілеспрямовано з науково-обгрунтованим і законодавчо певними схемами-моделям в інтересах держави і населення, а також з урахуванням традицій, культурно-духовної спадщини українського народу, досвіду. Ігнорування цих обставин і неусвідомлення реальної дійсності загрожує невдачами, дорогими помилками і все великим відставанням від країн, що стали на шлях прогресивних перетворень в системи охорони здоров'я і медичної допомоги.

Україна з наявними сучасними науковими напрацюваннями, досвідом організації та управління системами охорони здоров'я та медичної допомоги населенню є з чим виходити на міжнародну арену і ринок.

3.2. Впровадження стратегії розвитку лікувального закладу в період турбулентних змін

В умовах реформування охорони здоров'я перед медичними організаціями стоїть завдання управління на основі передбачення змін з метою передбачити майбутні тенденції і виробити відповідну стратегію для стійкого й ефективного функціонування. Відсутність стратегічного бачення в організаціях охорони здоров'я ускладнює прогнозування результатів діяльності, можливість своєчасного внесення коректив в процес управління.

У проведеному дослідженні ми спиралися на публікації таких відомих вчених в галузі стратегічного менеджменту, як: М.Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоурі, М.А.Чернишева, Р.А. Фатхутдінова, А.В.Баришевой і ін.

На думку Чернишова М.А.: «До різкого зростання значення стратегічного управління привели ряд причин, основними з яких є: прискорення змін у навколишньому середовищі; поява нових запитів і зміна позицій

споживача; зростання конкуренції за ресурси; поява нових несподіваних можливостей для бізнесу, що відкриваються досягненнями науки і техніки і т.д. Не існує стратегії, єдиної для всіх компаній, так само як не існує єдиного універсального стратегічного управління. Кожна фірма унікальна у своєму роді, тому і процес вироблення стратегії для кожної фірми унікальний.» [10, с. 7-8].

Представляє науковий інтерес позиція Фатхутдінова Р.А. з даної проблематики: «Стратегії можуть бути обгрунтованими тільки в разі застосування до їх розробки наукових підходів, методів систематичного аналізу, прогнозування та оптимізації.

Для вироблення конкурентоспроможних стратегічних рішень слід до процесу їх розробки застосовувати системний, комплексний, інтеграційний, маркетинговий, функціональний, динамічний, відтворювальний, процесний, нормативний, оптимізаційний, адміністративний,
поведінковий, ситуаційний та інші підходи ». [2, с.7].

На сьогоднішній день існують наступні проблеми в системі планування і економічного забезпечення охорони здоров'я:

- стратегічне управління впроваджується повільно в організаціях галузі.
- на регіональному рівні (мезоуровне): при розробці територіальних програм не в повній мірі враховуються демографічні показники, збалансованість потреб населення (попиту) в видах медичної допомоги з рівнем її фінансування, можливостями (пропозиціями) медичних організацій по її надання.
- чи не визначені раціональні форми взаємодії державних і ринкових інститутів щодо ресурсного забезпечення охорони здоров'я.
- відсутнє стратегічне бачення щодо впровадження ресурсозберігаючих технологій в галузі.

Розвиток організації охорони здоров'я в умовах проведення змін повинно базуватися на впровадженні стратегічного управління з метою вдосконалення управлінського процесу, системи планування і економічного забезпечення.

Для впровадження стратегічного управління в організації охорони здоров'я необхідний вибір стратегії.

Автори пропонують комбінування декількох важливих для організації охорони здоров'я стратегій як моделювання поведінки медичного закладу на перспективу в умовах проведення змін.

Комбінування стратегій передбачає комплексне використання різних напрямків стратегій в організації охорони здоров'я та має включати (табл. 3.1):

Таблиця 3.1

Комбінування і комплексне використання стратегій в охороні здоров'я

Найменування стратегії	Напрямки стратегій
1. Стратегії розвитку:	Удосконалення системи планування в охороні здоров'я в умовах проведення змін:
- *Зростання* :	• Розвиток продукту - поліпшення якості медичних послуг; • Планування обсягів надання медичних послуг населенню території на основі сучасних галузевих норм і нормативів, обґрунтованих вартісних нормативів, методів економіко-математичного моделювання.
- *Підтримки* :	• Стійкого функціонування організації охорони здоров'я: • вдосконалення механізму ціноутворення в галузі; • встановлення необхідних пропорцій в процесі виробництва і ресурсного забезпечення медичних послуг для досягнення медичної, соціальної, економічної ефективності.
2. *Стратегія організаційних змін* :	Удосконалення управлінського процесу: • Впровадження організаційних перетворень з метою підвищення ефективності діяльності.
3. *Інноваційна стратегія* :	Впровадження в практику організаційних, лікувальних, інформаційних, економічних інновацій: • Використання інноваційних ідей формального лідера (або активного співробітника) організації для формування стратегічного бачення попереджувального характеру; • Постійне впровадження нових технологій; • Безперервний розвиток і навчання співробітників медичної організації, що включає науковий супровід лікувального процесу.
4. *Стратегічний маркетинг:*	Маркетингова стратегія «блакитного океану», основною ідеєю якої є створення попиту на послугу на основі інновації: • Використання вбудованого в механізм управління змінами маркетингового інструментарію; • Позиціонування медичної організації на галузевому ринку.
5. *Стратегії ресурсозбереження* :	Створення ресурсозберігаючих моделей для оптимізації витрат галузі: • Технологічні. • Організаційні. • Економічні.

Джерело: сформовно автором

В рамках стратегії розвитку (зростання) розглянуті проблеми планування в галузі в умовах проведення змін.

Планування в умовах регульованого ринку медичних послуг - необхідність оптимального поєднання ролі планових і ринкових регуляторів, збереження соціальної спрямованості цілей і завдань, забезпечення збалансованості галузевих і територіальних інтересів.

Система державних (муніципальних) завдань на виконання обсягів медичної допомоги в рамках програми державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги населенню є одним з основних інструментів планування на регіональному, муніципальному рівні (на макро-, мезо-, мікрорівні).

На мезо- і мікрорівні при плануванні діяльності організацій охорони здоров'я існують такі проблеми:

- недосконалість нормативно-правової бази щодо формування завдань на надання медичної допомоги;
- недостатнє врахування на всіх рівнях планування реальної потреби населення в медичній допомозі в залежності від структури захворюваності і половозрастного складу населення;
- необхідність забезпечення конституційних прав громадян на безоплатну медичну допомогу незалежно від обсягів ресурсного забезпечення завдання;
- необхідність збільшення доступності медичної допомоги;
- проблема відповідності запланованих обсягів медичної допомоги обсягами фінансових коштів на надання цієї допомоги;
- планування обсягів медичної допомоги не у відповідності з потребами населення, а виходячи з наявних фінансових можливостей та ін.

Для вдосконалення системи планування та економічного забезпечення охорони здоров'я на регіональному або муніципальному рівні (мезоуровне) в умовах проведення змін нами запропоновані етапи і методи планування обсягів гарантованої безплатної медичної допомоги населенню території і її ресурсного забезпечення:

Етапи планування:

1. Аналіз та здійснення оцінки показників демографічної ситуації на рівні адміністративно-територіальних одиниць, прогноз її динаміки в майбутньому плановому періоді. При оцінці демографічної ситуації дається характеристика чисельності населення, її віково-статевого складу, природного руху населення та ін.

2. Аналіз та оцінка рівня захворюваності населення відповідно до звернень населення за медичною допомогою, госпіталізації населення. При аналізі захворюваності оцінюється її рівень і структура в різних вікових групах населення та ін.

3. Аналіз і оцінка інвалідності населення.

4. Аналіз і оцінка кадрів, матеріальних і фінансових ресурсів медичних організацій адміністративно-територіальних одиниць, перспективи їх розвитку в майбутньому році.

5. Аналіз та оцінка діяльності ЗОЗ.

6. Формуються мета і завдання, пріоритети розвитку охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць на планований період.

7. Проводиться вибір нормативів охорони здоров'я, які застосовуються при плануванні обсягів медичної допомоги відповідно до Програми державних гарантій, що надається населенню.

8. Розрахунок планових показників обсягу гарантованої безплатної медичної допомоги населенню адміністративно-територіальних одиниць з урахуванням потреби населення в її отриманні.

9. Розрахунок вартості фінансових витрат на реалізацію запланованих обсягів гарантованої безплатної медичної допомоги населенню адміністративно-територіальних одиниць відповідно до рекомендованих вартісних нормативів охорони здоров'я.

Методи планування обсягів гарантованої безоплатної допомоги населенню:

1. Аналітичний метод дозволяє здійснювати глибокий і всебічний аналіз процесів і явищ, що відбуваються в стані здоров'я населення та в охороні здоров'я.

2. Порівняльний метод використовується для порівняльної оцінки показників здоров'я населення, ресурсів і діяльності установ охорони здоров'я шляхом їх зіставлення з середньостатистичними територіальними, аналогічними показниками інших адміністративних територій, в динаміці по роках і т.д.

3. Балансовий метод дозволяє оцінювати і забезпечувати пропорційність планованих капітальних вкладень і фінансових витрат в охорону здоров'я окремих територій, пропорційність розвитку мережі закладів охорони здоров'я.

4. Нормативний метод заснований на використанні при плануванні сукупності норм і нормативів охорони здоров'я для встановлення показників розвитку мережі закладів охорони здоров'я.

5. Економіко-математичні методи дозволяють науково обґрунтувати найбільш оптимальні варіанти планів розвитку охорони здоров'я, будувати прогнози на найближчу і віддалену перспективу.

6. Метод екстраполяції використовується для виявлення тенденцій змін показників, дозволяє будувати прогнози динаміки показників здоров'я населення та розвитку охорони здоров'я.

Розрахунок планових показників обсягу гарантованої безплатної медичної допомоги населенню муніципального освіти з урахуванням потреби населення в її отриманні:

1. Розрахунок територіальних нормативів обсягів стаціонарної медичної допомоги з урахуванням фактичної вікової структури населення, профілю відділень стаціонару і рівня медичної допомоги.

2. Розрахунок територіальних нормативів числа амбулаторно поліклінічних відвідувань дітей і дорослих, всього населення по профілям спеціальностей.

3. Різні методи обчислення об'ємних показників на планований період.

Поряд з традиційними методами нами пропонується альтернативний спосіб розрахунку об'ємних показників охорони здоров'я на планований період, заснований не на традиційному підході розрахунку планованих показників в залежності від чисельності населення, а на реальній потребі в невідкладної медичної допомоги, з урахуванням рівня травматизму.

Розрахунок необхідного ліжкового фонду проводиться з використанням економіко-математичних методів, надходження невідкладних хворих по екстреної госпіталізації приймається за вхідний випадковий потік відповідно до теорією масового обслуговування.

4. Розрахунок фінансового забезпечення планованих обсягів безкоштовної медичної допомоги населенню.

Збалансованість ПГГ може бути досягнута за рахунок встановлення тарифів медичної допомоги, адекватних реальним витратам на її надання, підвищення ефективності існуючих механізмів фінансування охорони здоров'я та конкретизації державних гарантій безкоштовного надання медичної допомоги.

В рамках стратегії підтримки (сталого функціонування медичної установи) особливу роль відіграє встановлення необхідних пропорцій в процесі виробництва і ресурсного забезпечення медичних послуг для досягнення медичної, соціальної, економічної ефективності.

Останнім часом за кордоном вчені, які займаються проблемами розвитку економічної теорії, дотримуються « концепції інкрементального планування , що пропонує замість пошуку оптимальних параметрів системи позиції обмеженої раціональності .

На думку К.В.Павлова «одним з перспективних і вельми актуальних напрямків подальшого розвитку економічної теорії є розробка концепції про раціональні структурах і поєднаннях громадських елементів» [13, С.5-9]. Принцип раціонального поєднання господарських моделей є розвитком

положення про оптимальне співвідношення ринкових і державних методів економічного регулювання.

Незважаючи на різноманіття систем охорони здоров'я в розвинених країнах, загальним для всіх є високий відсоток ВВП, що виділяється на охорону здоров'я, і значна частка державних коштів у фінансуванні галузі (від 70% і вище в більшості економічно розвинених країн).

Приклади ряду розвинених західних країн підтверджують правоту дії принципу «золотого перетину», при якому співвідношення витрат населення і бюджетів близько до формули 0,38: 0,62.

У країнах, де частка державного сектора у фінансуванні охорони здоров'я 0,62 і вище в співвідношенні з приватним, спостерігаються сприятливі тенденції в соціальній сфері. Дотримання цього принципу дозволяє досягти гармонійності розвитку галузі. Охорона здоров'я країн, що мають протилежне співвідношення частки особистих витрат населення і державного інвестування, характеризується кризовими явищами.

Проведений нами аналіз дозволив виявити залежність рівня розвитку охорони здоров'я і демографічних показників в країнах з різними соціально-економічними системами від частки державної участі у фінансуванні галузі і зробити висновок про необхідність збільшення державного інвестування всіх видів медичного обслуговування в розмірах не менше 62% від вартості медичних послуг. В такому випадку дефіцит фінансування складе 38%, який може бути заповнений за рахунок позабюджетних джерел (приватних, громадських).

Використання формули золотого перетину (0,38: 0,62 = 0,612) при розгляді питання про раціональне співвідношення державного і ринкового участі у фінансуванні найважливішої галузі соціальної сфери - охорони здоров'я дозволяє забезпечувати гармонійність, відповідати уявленням про просторової пропорційності взаємопов'язаних частин. Дана пропозиція підтверджено отриманням свідоцтва на інтелектуальний продукт [14, с.1].

«За підрахунками академіка Реймерса Н.Ф. для забезпечення 1% приросту населення і відтворення робочої сили, здатної включитися в

виробничий процес, країна повинна забезпечувати 4-х відсотковий приріст валового національного продукту. Не можна не враховувати, що під впливом комплексу рекомендованих заходів помітно знижується смертність населення і збільшується тривалість життя » [25, с.1].

Прикладом взаємозв'язку збільшення витрат на фінансування та поліпшення демографічних показників є реалізація з 2006 року національного проекту «Здорова нація», спрямованого на підвищення рівня матеріально-технічного та кадрового забезпечення галузі, і на цій основі створення умов для поліпшення показників здоров'я.

Шейман І.М., Шишкін С.В. відзначають: «Так, в результаті впровадження програми «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» показник материнської смертності за ці роки знизився на 13%, перинатальної смертності - на 10,8%. Таким чином, додаткові кошти, які з державного бюджету отримали жіночі консультації, пологові будинки, дитячі поліклініки, стали фактором, позитивно впливає на материнську і дитячу смертність» [29, с.14].

«В цілому в результаті реалізації національного проекту «Здорова нація», регіональних програм модернізації охорони здоров'я загальна смертність знизилася на 16,1%, дитяча смертність - на 32,7%, смертність від хвороб системи кровообігу - на 17,1%, від інсультів - на 28,4%, від туберкульозу - на 36,9%, від транспортних травм - на 26,3% »[17, с.120].

Важливу роль у забезпеченні національної демографічної безпеки грає перерозподіл фінансових потоків всередині системи охорони здоров'я на користь тих видів медичної допомоги, за якими є найбільш високі показники смертності населення в працездатному віці і які є керованими чинниками . Таким чином, на підставі проведених досліджень виявлено та визначено раціональні форми взаємодії державних і ринкових інститутів щодо ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

В рамках стратегії організаційних змін з метою вдосконалення управлінського процесу пропонується:

- впровадження інноваційних організаційних моделей надання медичної допомоги населенню;

- використання цільового та міжвідомчого підходів, що дозволяють забезпечити умови для галузевої та міжвідомчої координації заходів з комплексного розв'язання медико-соціальних проблем здоров'я населення на всіх рівнях управління , в т.ч. розробка і фінансування цільових програм по реабілітації інвалідів, що дозволяють повернути до праці пацієнтів працездатного віку, які беруть участь у формуванні ВВП.

Інноваційна стратегія передбачає постійне впровадження організаційних, лікувальних, інформаційних, економічних інновацій в діяльність організацій охорони здоров'я.

Стратегічний маркетинг: доцільне використання вбудованого в механізм управління змінами маркетингового інструментарію на основі концепції «холістичного (цілісного) маркетингу», а також маркетингової стратегії «Блакитного Океану», основною ідеєю якої є створення попиту на послугу на основі інновації цінності для підвищення конкурентоспроможності організації охорони здоров'я.

В рамках стратегії ресурсозбереження потрібно створення ресурсозберігаючих моделей для досягнення медичної, соціальної, економічної ефективності.

З урахуванням невизначеності впливу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища в період змін і можливих відхилень від планових завдань нами запропоновані моделі за допомогою економіко-математичних методів, що дозволяють моделювати зміни показників при різних сценаріях розвитку.

Вважаємо, що Центр амбулаторної хірургії, в зв'язку з дефіцитом фінансування, доцільно організувати в умовах багатопрофільного стаціонару.

Поєднання цілодобового і денного стаціонарів дозволяє:

- скоротити витрати на переклад хворих в інші лікувальні установи;
- раціонально використовувати все наявне ресурсне забезпечення лікарні;
- впровадити технологію проведення амбулаторних хірургічних операцій по всіх розділах хірургії (гнійної хірургії, щелепно-лицевої хірургії,

травматології, хірургії кисті, отоларингології, офтальмології), розвантаживши ліжка інтенсивного лікування для потребують госпіталізації.

Чим більше відділень втягується в реалізацію даної технології, то більша виявиться частка зекономлених коштів, які можна використовувати для розвитку стаціонару інтенсивного лікування.

Таким чином, комбінування стратегій при проведенні змін дозволяє удосконалювати систему планування, управлінський процес, оптимізувати витрати, що в кінцевому підсумку сприяє підвищенню ефективності функціонування організації охорони здоров'я. У перспективі організація охорони здоров'я може розробити свій варіант комбінування стратегій з урахуванням її унікальності.

Запропонований нами методологічний підхід до вдосконалення системи планування та економічного забезпечення галузі дозволяє органам управління охороною здоров'я в ринкових умовах вивчати попит за видами допомоги, пропозиція, виходячи з наявних можливостей, прогнозувати розвиток галузі, за допомогою механізмів саморегулювання запланувати всі необхідні технології з оптимальним розподілом по лікувальним установам , підвищити ефективність ресурсного потенціалу, використовуваного в сфері медичних послуг в частині державних гарантій на мезорівні, на мікрорівні - оцінити реальні можливості організацій охорони здоров'я щодо виконання програми державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги населенню з використанням наявного ресурсного потенціалу

ВИСНОВКИ

Безцінним надбанням будь-якої держави є здоров’я її нації, а галузь охорони здоров’я, покликана для його збереження і зміцнення, відіграє ключову роль у забезпеченні життєдіяльності суспільства.

Охорона здоров’я представляє собою систему заходів, спрямованих на захист здоров’я населення, шляхом створення сприятливих умов, що спрямовується на підвищення якості життя, утримання працездатності та соціальної активності людини, а також подовження тривалості її життя.

Охорона здоров’я є пріоритетним напрямком у формуванні внутрішньої та зовнішньої політики держави. Так, держава формує політику охорони здоров'я та здійснює вплив на галузь шляхом розробки та введення в дію програм, що покликані задля оптимізації процесу надання медичної послуги та забезпечення населення якісною медичною послугою. В цілому, державна політика у сфері охорони праці передбачає великий спектр заходів, зокрема підготовку медичних кадрів, а також заходи профілактичного, санітарно-епідеміологічного, соціального, організаційного, економічного, науково-технічного та інноваційного характеру.

Нині заклади охорони здоров’я функціонують в умовах постійних динамічних змін. Відбувається реформування первинної та вторинної медичної допомоги, а самі заклади проходять етапи автономізації. Відтепер комунальні заклади перетворюються у комерційні неприбуткові підприємстві. Відповідно змінюється модель фінансування закладів охорони здоров’я та способи управління.

Не виключенням стало і КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради», яке у 2018 році змінило свою організаційно-правову форму. Заклад є багатопрофільним та забезпечує кваліфікаційне стаціонарне та поліклінічне обслуговування населення Кіровоградської області загалом.

В роботі було надано організаційно-економічну характеристику установи.

Основними завданнями діяльності лікарні є: забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення району і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних випадків; усувати фактори, що шкідливо впливають на здоров'я населення району; здійснювати попередження і добиватися зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості серед населення сіл району.

Основним видом господарської діяльності є надання послуг. Що стосується фінансування Кіровоградської обласної лікарні, то затверджений консолідований бюджет на 2019 рік склав 31475,6 тис. грн. Фактичне фінансування з бюджету у 2019 році − 31162,4 тис. грн.

Для фінансування лікарні також було залучено позабюджетні кошти: абсолютне число (без гуманітарної допомоги) 3203,5 тис. грн., а також гуманітарна допомога 30,85 тис. грн.

Специфіка діяльності Кіровоградської обласної лікарні характеризуються великим різноманіттям використання матеріальних, фінансових, трудових та інформаційних ресурсів, поєднанням багатьох видів процесів, поєднаних в єдину систему, яка має певні властивості, закономірності та зв'язки.

При аналізі особливостей персоналу закладу та основних показників його руху було виявлено, що середньоспискова чисельність персоналу за аналізований період значно не коливалась − у 2019 р. збільшилась у порівнянні з 2015 р. з 626 до 648 осіб (на 3,5 %). У структурі персоналу найбільшу частку займає медичний персонал – 86,0 %, у звітному році.

Персонал Кіровоградської обласної лікарні відповідає вимогам, а саме: мають відповідну освіту і відмінні знання, гнучкий розум і практичну кмітливість, достатній стаж роботи на нижчий посаді, знають передовий вітчизняний досвід в сфері охорони праці.

Лікарня сприяє забезпеченню і збереженню зайнятості працівників, розвитку їх трудової кар'єри, шукає можливості організації навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників.

В роботі проаналізовано можливості управління діяльністю Кіровоградської обласної лікарні, виявлено слабкі та сильні сторони закладу, розглянуті загрози, що виходять із зовнішнього та внутрішнього середовища, визначені фактори, які мають найбільший вплив на діяльність лікувального закладу.

Результати аналізу дали змогу виявити необхідність застосування стратегічного менеджменту на досліджуваному підприємстві, зокрема концепції стратегічного планування.

Основні відмінності стратегічного планування розвитку охорони здоров'я від поточного в умовах реформування галузі: на відміну від довгострокового планування стратегічне має ієрархічну структуру, в вершині якої сформульована генеральна мета розвитку галузі охорони здоров'я; в основу стратегічного планування розвитку КНП покладено основні цілі та завдання діяльності з урахуванням їх особливостей; стратегічне планування враховує динаміку вартісних показників; стратегія орієнтується на бенчмаркінг світових зразків, тобто на оцінку стратегій та цілей роботи підприємства в порівнянні з кращими на поточний момент для визначення свого місця на конкурентному ринку; стратегія розглядається в альтернативах ліберальної організації галузі охорони здоров'я.

Головна роль стратегії полягає в тому, що вона визначає вектор напрямку розвитку як галузі охорони здоров'я в цілому так і окремо взятого КНП.

Таким чином, процес розробки стратегії розвитку повинен проводиться з урахуванням наступних основних етапів:

1. Вибір місії підприємства. Це глобальна мета підприємства, яка повинна зачіпати вирішення основної проблеми.

2. Формування ієрархії цілей підприємства. Це завдання, яку підприємство повинно поступово і поетапно виконувати для того, щоб досягти поставленої мети.

3. Аналіз зовнішнього середовища. На цьому етапі доцільно розглядати зовнішнє середовище прямого і непрямого впливу. Прямий вплив це конкуренція, партнери, постачальники, які впливають на виробничий процес.

Непряме це макроекономічні чинники впливу, які в будь-який час можуть привести підприємство до банкрутства або до розвитку.

4. Вивчення бенчмаркінгових факторів, пов'язаних з сильними і слабкими сторонами підприємства.

5. Формування та аналіз альтернативних варіантів стратегії.

6. Вибір інноваційних напрямків вирішення проблем в залежності від ситуації, яка формується на даному етапі.

7. Застосування методу Кейс-менеджменту організації, контролю та управління, які будуть здійснюються на підприємстві в процесі реалізації стратегії розвитку (виявлення чіткої і структурованої мети, а також визначення оптимальних шляхів до її досягнення).

8. Економічна оцінка потенціалу підприємства, яка проводиться в рамках тимчасових періодів в яких потрібно реалізувати стратегію.

Отже, стратегічне планування процесів прийняття управлінських рішень в лікувальних закладах кардинально змінює акценти в організації надання медичної допомоги населенню, підвищення якості медичних послуг.

При цьому мова йде не тільки про підвищенні якості діагностичних процедур та лікувального процесу, а й загальної стратегії охорони здоров'я нації в цілому.

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 (дата звернення 1.12.2010)

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-poltiko-pravove-seredovische.html (дата звернення: 24.11.2020)

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. (дата звернення 1.12.2010)

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 (дата звернення: 27.11.2020)

9. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС.. URL: https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis. (дата звернення: 28.11.2020)

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 (дата звернення 1.12.2020).

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 (дата звернення: 26.11.2020)

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 (дата звернення 2.12.2020).

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 здоровоохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення*

та розвиток. 2018. № 11. URL: http://www.dy. nayka.com.ua/?op=1&z=1336. (дата звернення: 28.11.2020)

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 (дата звернення: 24.11.2020)

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 (дата звернення: 29.11.2020).

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 (дата звернення: 27.11.2020)

23. Науковий Менеджмент в медицині. Науковий центр «Veritas»: веб-сайт. URL: http://angioveritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment (дата звернення: 29.11.2020).

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 (дата звернення 3.12.2020).

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 (дата звернення 2.12.2020).

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 (дата звернення 1.12.2020).

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 (дата звернення 1.12.2020).

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 (дата звернення 1.12.2020).

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 (дата звернення 1.12.2020).

33. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/586-14 (дата звернення 1.12.2020).

34. Про суть автономізації. Реформа фінансування системи охорони здоров'я: веб-сайт. URL: https://healthreform.in.ua (дата звернення 2.12.2020).

35. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році. Юридична газета online. Всеукраїнське щотижневе юридичне видання: веб-сайт. URL: http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html (дата звернення: 29.11.2020).

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(дата звернення 23.11.2020)

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 (дата звернення: 30.11.2020).

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 (дата звернення 24.11.2020)

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 (дата звернення: 25.11.2020)

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 (дата звернення: 30.11.2020).

44. Управління охороною здоров’я Міської ради м. Кропивницького: веб-сайт. URL: https://uozkmr.gov.ua (дата звернення 3.12.2020).

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 Президентові 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 (дата звернення: 27.11.2020)

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 (дата звернення 1.12.2020).

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