

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки і управління

Кафедра менеджменту, адміністрування та готельно-ресторанної справи

## ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

Спеціальність 073 Менеджмент

Освітня програма Менеджмент організацій

на тему:

Управління розвитком закладу охорони здоров'я

(на прикладі КНП “Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни”

Хмельницької обласної ради)

Шифр МРМО. 14034.00.00.00

Виконав:

студент 6 курсу група МО(мн, б) з \_\_\_\_\_

Омелянчук С.А.

Керівник:

доктор економ наук, проф. \_\_\_\_\_

Рудніченко Є.М.

До захисту допускаю:

Зав. кафедри менеджменту,

адміністрування та

готельно-ресторанної справи \_\_\_\_\_

доктор економ наук, проф.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Йохна М.А.

Хмельницький, 2020

## ЗМІСТ

	с.
ВСТУП	5
1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1 Теоретичні засади управління розвитком організації	7
1.2 Дослідження існуючих моделей розвитку організації	17
1.3 Особливості управління розвитком закладу охорони здоров'я	24
Висновки до розділу 1	34
2 АНАЛІЗ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	36
2.1 Аналіз розвитку системи охорони здоров'я України	36
2.2 Історія розвитку та аналіз основної діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	46
2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників та перспектив розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	57
Висновки до розділу 2	70
3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	72
3.1 Рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	72
3.2 Розвиток КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради на основі впровадження сучасних медичних технологій	81

3.3 Формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	86
Висновки до розділу 3	92
ВИСНОВКИ	94
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	97

## ВСТУП

Управління розвитком організації є однією з найбільш актуальних проблем менеджменту не залежно від соціально-економічного становища функціонування окремих суб'єктів господарювання. Виклики сучасності певним чином трансформують стратегічне бачення розвитку організації внаслідок об'єктивізації невідомих і непрогнозованих факторів. Така ситуація обумовлює необхідність оперативної реакції керівництва та використання і розроблення нових підходів та інструментів в управлінській діяльності, або адаптації вже існуючих, до умов і специфіки діяльності конкретного підприємства.

Зазвичай зміни «підштовхують» менеджмент організацій до дій, які реалізуються за рахунок формування певних управлінських рішень. При цьому не всі рішення є оптимальними і продуктивними. Іноді це відбувається свідомо (коли всіх влаштовує існуючий стан речей і керівництво не вбачає суттєвої загрози внаслідок реалізації певних змін), а іноді рішення просто неефективні і не призводять до розвитку за рахунок своєї недосконалості. Тобто у процесі формування організаційних змін та створення ефективних управлінських рішень, які цей розвиток забезпечують, доцільно використовувати адаптовані підходи та найкращі практики організаційного розвитку. Керівництво організацій повинно сприймати необхідність змін, як об'єктивну реальність, оскільки фіксація прибутків і збереження усталених форм та підходів до управління не сприяє виробленню ефективних управлінських рішень.

Для закладів охорони здоров'я необхідність організаційних змін обумовлюється не лише реформуванням галузі, а й наявністю пандемії COVID-19. Велика інертність системи охорони здоров'я та хронічне недофінансування негативно впливають на якість послуг для населення, що проявляється у скороченні життя населення і втрати працездатності певних груп осіб.

Тому саме для закладів охорони здоров'я наявність ефективної системи управління розвитком забезпечує не лише удосконалення загальної системи менеджменту, а також є запорукою мінімізації негативних проявів трансформаційних процесів на загальнодержавному рівні, що обумовлює актуальність тематики магістерського дослідження.

Вітчизняні та іноземні науковці тривалий час досліджують проблеми розвитку організації, серед них доцільно віділити праці таких фахівців, як: Гапоненко А.Л., Кононенко І.В., Мочерний С.В., Погорелов Ю.С., Пономаренко В. С., Пушкар О. І., Тридід О. М. та інших науковців.

Метою дипломної роботи магістра є розроблення теоретико-методичних засад та практичних рекомендацій щодо формування, використання та підвищення ефективності системи розвитку організації.

Об'єктом дослідження є КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

Предметом дослідження є процеси управління розвитком КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

Теоретико-методичною основою для написання дипломної роботи магістра стали здобутки економічної теорії, наукові роботи вітчизняних та зарубіжних вчених стосовно управління розвитком, законодавчі та нормативні акти.

# 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Теоретичні засади управління розвитком організації

Постійні трансформації світової економіки в цілому та України зокрема значною мірою відображаються на діяльності вітчизняних організацій. Зміни зумовлюють необхідність їх розвитку та адаптації до умов зовнішнього середовища. В теперішніх реаліях (розповсюдження COVID-19) розвиток організацій набуває дещо іншого вигляду, і є об'єктивною умовою їх існування, в іншому випадку організації будуть змушені припинити свою діяльність.

Поняття розвитку виникає у XVIII ст. з розквітом сучасної біології. Ж. Бюффон вживає його в зв'язку з поясненням історії Землі і живих істот та І. Гердер для пояснення історії культури [56]. У XIX ст. під впливом еволюційної теорії Ч. Дарвіна ідея розвитку стає домінуючою у природознавстві [33, с.398]. Подальші дослідження розвитку наведено у працях Ж.Б. Ламарка (1809 р. праця «Філософія зоології» – тваринам, згідно з цією теорією, притаманний рух від простого до складного, розвиток, переміщення до верхніх сходинок) та Г. Спенсера, що розвинув теорію Ж.Б. Ламарка (1852 р. стаття «Гіпотеза розвитку» – він стверджував, що існує поступове ускладнення біологічних організмів, що призводить до їх самодостатності) [21, 22, 51]. Поступово категорія розвитку інтегрується в різні галузі знань.

У XX ст. категорія розвитку увійшла до економіки, спочатку на макрорівні, де у 60-70-х роках знайшла широке використання в імовірнісних моделях економічної рівноваги та економічної динаміки [37, с. 20]. Німецький класичний філософ Г. В. Гегель дав універсальне визначення поняттю «розвиток», наділивши його ідеалістичною формою через боротьбу протилежностей [61].

У діалектиці Гегеля механізм та джерело розвитку лежить саме в когерентності частин розвитку, де виникнення нових обумовлено результатом такої боротьби протилежностей.

В великій радянській енциклопедії [2] подано загальне визначення поняття «розвиток» – це безповоротна, спрямована, закономірна зміна матеріальних та ідеальних об'єктів. За умови наявності всіх трьох перелічених властивостей даного визначення виділяють процеси розвитку серед інших змін:

а) оборотність змін характеризує процеси функціонування (циклічне відтворення постійної системи функцій);

б) відсутність закономірності характерна для випадкових процесів катастрофічного типу;

в) за відсутності спрямованості зміни не можуть накопичуватися, і тому процес позбавляється характерного для розвитку єдиної, внутрішньо взаємопов'язаної лінії; у результаті розвитку виникає новий якісний стан об'єкта (виникнення, трансформація або зникнення його елементів чи зв'язків);

г) здатність до розвитку становить одну із загальних властивостей матерії та свідомості.

В. І. Ляшенко також вважає, що поняття “розвиток” містить три взаємопов'язані характеристики: зміна, зростання та поліпшення, акцентуючи при цьому увагу саме на поліпшенні, тобто «змінах, які забезпечують можливість більш широкого кола людей скористатися суспільними благами, що виникають під впливом внутрішніх та зовнішніх чинників» [23].

У процесі дослідження поняття «розвиток», його характерних рис, оцінки динаміки, тощо виникають різні думки та твердження щодо його сутності. Поняттю «розвиток», як економічній категорії, присвячені праці українських та зарубіжних вчених, що проаналізовані у таблиці 1.1.

Результати аналізу запропонованих визначень свідчать про відсутність єдиного підходу щодо тлумачення сутності поняття «розвиток».

Таблиця 1.1 – Поняття «розвиток», як економічна категорія

Автор, джерело	Визначення поняття
Характеристика поняття «розвиток», як процес	
Азріліян А. [3, с. 962]	процес закономірної зміни, переходу з одного стану в інший, досконаліший; перехід від старого якісного стану до нового, від простого до складного, від нижчого до вищого; ступінь свідомості, обізнаності, культурності
Ожегов С., Шведова Н. [34, с. 867]	процес переходу з одного стану в інший, більш якісний, перехід від попереднього якісного стану до наступного, від простого до складного, від низького до високого
Пономаренко В., Трийд О., Кизим М. [38, с. 62]	процес кількісно-якісних змін у системі, ускладнення структури і складу, в результаті чого підвищується ефективність функціонування та стійкість до дестабілізуючого впливу зовнішнього середовища
Раєвнева О. [47, с. 108]	унікальний процес трансформації відкритої системи у просторі та часі, який характеризується перманентною зміною глобальних цілей його існування, шляхом формування нової дисипативної структури і переведенням його в новий атрактор (напрям) функціонування
Характеристика поняття «розвиток», як зміни	
Єрохіна О. [13, с. 98]	якісна зміна складу зв'язків і функціонування системи
Коротков Е. [19, с. 296]	сукупність змін, що ведуть до появи нової якості і зміцнення життєвості системи, її здатність чинити опір руйнівним силам зовнішнього середовища
Кононенко І. [16, с. 6]	безворотна, направлена, закономірна зміна матеріальних і ідеальних об'єктів, що здійснюються протягом часу
Мочерний С. [29, с. 623]	незворотні, закономірні зміни технологічного способу виробництва (спосіб виробництва, що базується на техніко-економічному поєднанні речових і особистісних факторів виробництва, комплексу техніко-технологічних відносин між речовими елементами продуктивних сил у системі техніко-економічних відносин)
Смирнов Е. [50, с. 174]	незворотні, спрямовані, закономірні зміни матерії та свідомості
Характеристика поняття «розвиток», як рух	
Гапоненко А., Панкрухин А. [8, с. 11]	рух уперед, формування нових рис, становлення нових структурних характеристик об'єкта, його еволюцію, поліпшення, удосконалювання, прогрес, а також ріст і розширення
Єрохін С. [14, с. 35]	особливий тип руху, що характеризує прогресивний характер взаємодії речей
Характеристика поняття «розвиток», як умова або стан або перехід станів	
Маслеченков Ю. [25, с. 419]	перехід від одного якісного стану до іншого
Бусел В. (ред.) [5, с. 466]	перехід, перетворення чого-небудь (переведення стану, руху, ознаки, властивості і т. ін.) у щось якісно інше
Авторське визначення: розвиток є процесом трансформації стану об'єкта, що зумовлений змінами зовнішнього та внутрішнього середовища	

Більшість з наведених визначень у таблиці 1.1 характеризують поняття «розвиток» як процес (удосконалення, переходу, виникнення, підсилення...),

зміна (незворотні, якісні, кількісні, характеристик системи...), рух, умова або стан або перехід станів.

Традиційно розвиток розглядають з позиції підходів, що наведено на рисунку 1.1 [35].



Рисунок 1.1 – Підходи щодо визначення поняття «розвиток» [35]

На нашу думку, розвиток є процесом трансформації стану об'єкта, що зумовлений змінами зовнішнього та внутрішнього середовища. Саме поняття розвиток пов'язано із змінами, оскільки, за умов змін внутрішнього та зовнішнього середовища (як позитивних, так і негативних) організації вимушені приймати управлінські рішення, що в кінцевому випадку зумовлять трансформацію їх стану [35].

Вітчизняні вчені (а також дослідники радянського і пострадянського простору) розглядають організаційний розвиток підприємства з точки зору його оптимальної організації, а саме на перше місце ставиться така функція менеджменту як «організація»: організація виробництва, організація підготовки виробництва, організація праці, організація управління, формування організаційної структури і т. ін. Також вітчизняні (і російські) підходи грішать методологічним універсалізмом та нормативізмом, коли «призначається» тип ідеальної організаційної структури, стратегії, типи організаційної поведінки, організаційної культури і т. ін.

Використання західних методик та їх застосування на практиці вітчизняних підприємств і вже накопиченого досвіду в плановому управлінні

призводить до того, що не завжди розуміється справжня природа організаційного розвитку [12]. Найбільш поширений варіант, коли сутність організаційного розвитку зводиться до трансформації організаційної структури підприємства [53] або ж до втілення інновацій та науково-технічного розвитку [1]. Порівняння західного та вітчизняного підходів до організаційного розвитку проведемо в таблиці 1.2 [12].

Таблиця 1.2 – – Західний та вітчизняний підхід до організаційного розвитку [12]

Характеристика	Західний підхід	Вітчизняний підхід
Об'єкти досліджень	Орієнтація на відносини цінності Організаційна культура	Виробничі системи, процеси і технології Реорганізація Структура інновації
Зміна поглядів на ОР	Від антропоцентричного розуміння до процесів	Крім процесів, структур, систем є люди
Підхід до вибору інструментів	Ситуаційний	Нормативний
Переваги використання підходу для вітчизняних підприємств	Розвиток творчого потенціалу співробітників Використання передових тенденцій у менеджменті Входження в глобальний економічний простір	Особливості менталітету – сприйнятливості до правил і жорсткої структури (відповідно до теорії X) Необхідність надолуження відставання з використання нових технологій у виробництві та менеджменті
Принцип розвитку теорії	Плюралізм позицій	Універсальність
Критерій ОР	Множинний, задалегідь визначений	Ефективність, виживання

Разом з тим, зміни зовнішнього та внутрішнього середовища породжують виникнення не лише проблем, що ускладнюють існування організації, а й сприятимуть виникненню можливостей, що стимулюють їх розвиток. Тобто, на нашу думку, поняття розвитку взаємопов'язане із змінами, можливостями та ефективними управлінськими рішеннями.

Взаємозалежність категорій «зміна середовища», «можливість», «ефективне управлінське рішення», «розвиток» наведено на рисунку 1.2 [35].

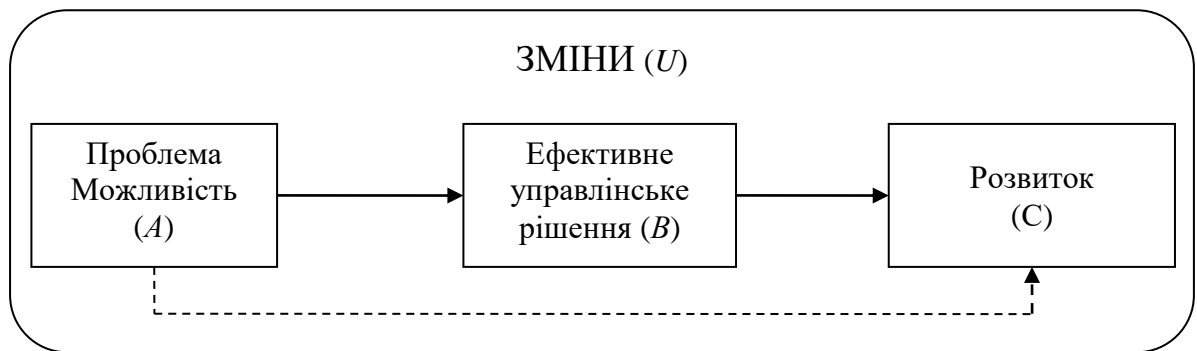


Рисунок 1.2 – Взаємозалежність категорій «зміни», «проблема / можливість», «ефективне управлінське рішення», «розвиток»\*

\*сформовано автором та опубліковано в [35]

Для наочного геометричного моделювання категорій і відносин між ними, що наведені на рисунку 1.2 використаємо кола Ейлера – Венна. Універсальну множину зображують у вигляді прямокутника (універсум), а множини зображуються у вигляді кіл (якщо використовується 2-3 безлічі) і еліпсів (якщо використовується 4 і більше множин). У нашому випадку універсальною множиною є зміни –  $U$  [35].

Саме зміни спричиняють виникнення проблем / можливостей, необхідність прийняття управлінського рішення (при чому керівництво вирішує чи необхідно реагувати на зміну, як на неї реагувати) та розвиток. Діаграма Венна зазвичай зображується у вигляді трьох кіл з центрами в вершинах рівностороннього трикутника і однаковим радіусом, приблизно рівним довжині сторони трикутника. На рисунку 1.1 у нас зображено універсальну множину  $U$  та 3 множини ( $n=3$ ):  $A$  – можливість;  $B$  – ефективне управлінське рішення;  $C$  – розвиток [35].

Кількість перетинів (областей)  $N$  визначається за формулою [20]:

$$N = 2^n \quad (1.1)$$

Таким чином, якщо в нашому випадку (рис. 1.1) використовується чотири безлічі («зміна», «можливість», «ефективне управлінське рішення», «розвиток»), то  $n = 2^3 = 8$ .

Стандартно перетин множин позначається –  $\cap$ , об'єднання множин –  $\cup$ , відносно доповнення –  $\setminus$ . Взаємозалежність категорій «зміна», «можливість», «ефективне управлінське рішення», «розвиток» з урахуванням стандартних позначень відповідно до рисунку 1.2 має вигляд [35]:

$$(A \cap B) \cap (B \cup C \setminus A) \quad (1.2)$$

Діаграма Ейлера-Венна для універсальної множини (зміни) та трьох множин (проблема / можливість, ефективне управлінське рішення, розвиток) за умови (1.2) наведено на рисунку 1.3 [35].

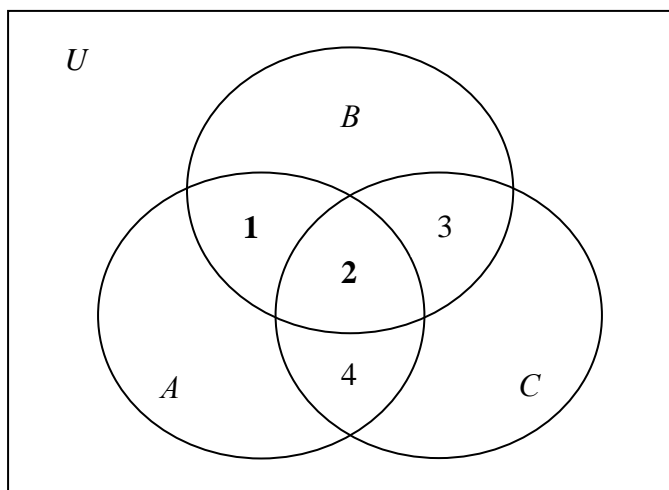


Рисунок 1.3 – Діаграма Ейлера-Венна для універсальної множини (зміни) та трьох множин (проблема / можливість, ефективне управлінське рішення, розвиток) [35]

Дуальність представлення даного підходу полягає у трактуванні ефективності прийнятих рішень, оскільки ситуація 1 свідчить про відсутність розвитку, а ситуація 2 обумовлює подальший розвиток у результаті реалізації відповідного управлінського рішення.

Відповідно, у процесі прийняття управлінських рішень ми стикаємось з ситуацією правильного / неправильного або швидше продуктивного /

непродуктивного прийняття рішень у певній ситуації, яка обумовлює або нівелює подальший розвиток. Будь-які зміни «підштовхують» менеджмент організацій до дій, які реалізуються за рахунок формування певних управлінських рішень. При цьому не всі рішення є оптимальними і продуктивними. Іноді це відбувається свідомо (коли всіх влаштовує існуючий стан речей і керівництво не вбачає суттєвої загрози внаслідок реалізації певних змін), а іноді рішення просто неефективні і не призводять до розвитку за рахунок своєї недосконалості. Представлений інструмент є корисним з позиції використання менеджментом організацій для розуміння глибинних процесів реакції управлінської системи на зміни у середовищі їх функціонування.

Розвиток характеризується різноманітністю видів, що наведено в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 – Класифікація видів розвитку\*

Класифікаційна ознака	Вид розвитку	Характеристика
1	2	3
Форми	еволюційний	характеризується безперервністю, поступовими кількісними змінами, які є підґрунтям до проведення якісних змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі підприємства
	революційний	характеризується проведенням докорінних, стрибкоподібних змін, що викликають якісні зміни в складових частинах підприємства та носить довготривалий період
Шляхи	екстенсивний	характеризується проявом збільшення масштабів існуючих виробничих потужностей, обсягів випуску продукції тощо
	інтенсивний	характеризується виникненням нових якісних форм та супроводжується змінами в технології виробництва, впровадженням нових технологічних ліній та переділів
Лінії розвитку	прогресивний	характеризується поступовими змінами від нижчої якості або сутності до вищої, більш розвинутої, що виражається в процесі переходу від однієї стадії, ступеня, етапу до наступних або трансформації менш досконалої форми у більш досконалу
	регресивний	характеризується загальним зниженням рівня змін, що відбуваються на підприємстві в сторони деградації
	пульсивний	характеризується послідовним періодичним коливанням стану підприємства, відсутністю єдиної тенденції змін, що відбуваються на підприємстві
	незмінний	характеризується постійністю кількісних показників, наявністю чіткої тенденції змін, що відбуваються на підприємстві

Продовження таблиці 1.3

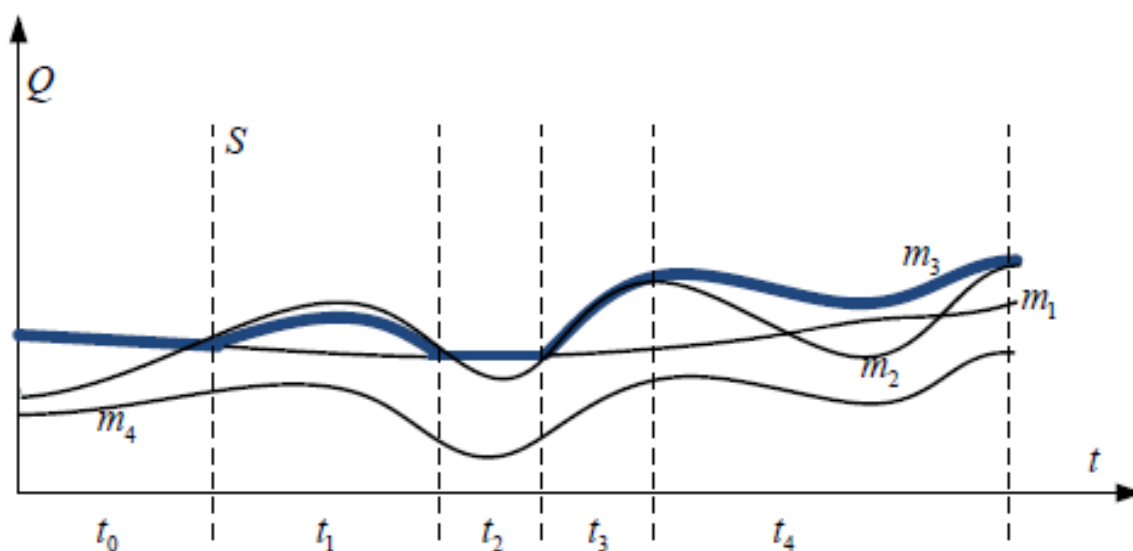
1	2	3
Достепенності	екзогенний	характеризується тільки змінами, що відбуваються виключно в зовнішньому середовищі підприємства у процесі його діяльності
	ендогенний	характеризується тільки змінами, що відбуваються виключно у внутрішньому середовищі підприємства у процесі його діяльності
Масштаби змін	локальний	характеризується змінами, що відбуваються в якійсь одній сфері діяльності та має вплив на інші
	загально-корпоративний	характеризується проведенням змін в усіх сферах діяльності підприємства внутрішнього та зовнішнього середовища
Характеру росту	творчий	характеризується нефінансовими методами впровадження змін на підприємстві, найчастіше стосується кадрової сфери організації для сполучення колективу
	імітаційний	характеризується впровадженням псевдотехнологій, результат чого не знаходить свого відображення на показниках діяльності підприємства та покращення його виробничо-господарської діяльності
Індивідуальності	індивідуальний	характеризується змінами, що стосуються якогось одного об'єкту підприємства
	загальний	характеризується змінами, що стосуються всіх складових підприємства та носить загальний характер
Напрями	кількісний	характеризується збільшенням масштабів виробництва та споживання виробничих ресурсів для випуску більшого обсягу вже існуючого виду продукції без впровадження (або мінімального) нових видів технології
	структурний	характеризується змінами в складі елементів підприємства та їх комбінацій, пропорцій, впливу один на одного в процесі функціонування підприємства
	якісний	характеризується зрушенням у виробничому аспекті згідно до виникаючих потреб зовнішнього середовища, носить довготривалий характер та стосується всіх сфер діяльності підприємства
Об'єкти змін	організаційний	характеризується удосконаленням системи управління, її окремих складових частин та вдосконаленням організаційної структури підприємства, чіткості інформаційних потоків між підрозділами та швидкості передавання інформації без спотворення
	техніко-технологічний	Характеризується проведенням якісних змін в технічному оснащенні підприємства, технологічному переозброєнні, вивільненню морально застарілого обладнання, впровадження нових станків, технологічного устаткування, нівелюванням техніко-технологічних дисбалансів в виробничому процесі.
	соціальний	характеризується проведенням якісних змін в соціальній сфері підприємства, підвищення соціальної захищеності співробітників, надання додаткових благ та заохочень, впровадження програм допомоги для працівників
	економічний	характеризується проведенням якісних змін в фінансово-економічній діяльності підприємства, впровадженням нових програмних продуктів для роботи бухгалтерського відділу, нових методів фінансово-економічного аналізу, інтерпретації показників, методів залучення інвестування або кредитів, формування та розподілу економічних ресурсів

Продовження таблиці 1.3

1	2	3
За напрямками розвитку підприємницьких структур	вертикальний	характеризується збільшенням контролю над усім шляхом просування продукції чи послуг до споживача, більш точним виявленням споживацьких потреб та очікувань від випуску продукції, розширення клієнтської бази
	горизонтальний	характеризується освоєнням суміжних сегментів ринку, нових видів продукції та виробництв, впровадженням нових ліній випуску удосконаленої продукції, різноманітністю товарного асортименту
	поглиблений	характеризується наданням таких якостей та властивостей (продукції чи менеджменту), за яких споживачі починають купувати у більшій кількості

\* сформовано за [4, 6, 7, 24]

Графічна інтерпретація структурних елементів системи розвитку підприємства представлено на рисунку 1.4.



де  $Q$  – якість функціонування підприємства;

$t$  – час;

$m$  – стан підприємства.

Рисунок 1.4 – Графічна інтерпретація структурних елементів системи розвитку підприємства [57]

До загальних закономірностей розвитку відносять наступні [59]: у всіх системах, що розвиваються, виникає нова цінна інформація; еволюція протікає нерівномірно. Етапи плавного розвитку (досить довгі) чергуються з

короткочасними стадіями бурхливого розвитку. (катастрофами в математичному сенсі цього слова); поняття «розвиток» можна розуміти у трьох різних значеннях: як прагнення до одного з можливих і обраних після катастрофи стаціонарних станів; як повільний розвиток, що відстежує зміни параметрів системи аж до досягнення наступної біфуркації; як швидкий відступ від стаціонарного стану, коли останній втрачає стійкість (власне катастрофа).

Нижню межу розвитку підприємства  $m_3(t)$  можна визначити, виходячи із [58]:

а) необхідності зберігання та зростання значень якості функціонування підприємства вище порогу безпеки  $m_1(t)$  (інтервали  $t_0$  та  $t_2$ );

б) зростання якості функціонування підприємства  $m_2(t)$  у порівнянні з попередніми періодами;

в) темпів приросту якості функціонування підприємства, які не повинні бути нижчими, ніж темпи приросту економіки та конкретного ринкового оточення  $m_4(t)$  (інтервал  $t_4$ ).

## 1.2 Дослідження існуючих моделей розвитку організації

Для більш детальної характеристики розвитку організації розглянемо існуючі моделі. До найбільш розповсюджених моделей розвитку в економічній літературі виділяють наступні моделі: Б. Лівехуда і Ф. Глазла, Л. Грейнера, І. Адізеса, Д. Міллера і П. Фрізена, К. Грейвза.

Узагальнюючу характеристику перелічених моделей подано у таблиці 1.4. В таблиці проаналізовано фази розвитку та наведено їх характеристику. Розглядаючи таблицю можна сказати, що найбільшу кількість фаз розвитку представлено у моделі І. Адізеса – 10 фаз, а найменша кількість фаз – 4 у моделі Б. Лівехуда, Ф. Глазла.

Таблиця 1.4 – Узагальнююча характеристика моделей розвитку в економічній літературі\*

№ п/п фази	Назва моделі				
	Б. Лівехуда, Ф. Глазла	Л. Грейнера	І. Адізеса	Д. Міллера, П. Фрізена	К. Грейвза
Назва фази (етапу), характеристика					
1	2	3	4	5	6
1	Піонерська фаза / Збудження неформального товариства. Імпульсування неформальної організації навколо однієї особи	Криза лідерства / Розвиток заснований на творчості (народження організації і створення нового продукту)	Залицяння / Організація існує лише як ідея у підприємця	1 етап. Створення / Підприємництво	Бежевий / Компанії і команди на цьому рівні прагнуть зберегтися. Мотивує гарантія доходу, відчуття безпеки, турбота про працівника
2	Фаза диференціації / Побудова керованого апарату	Криза автономії / Розвиток заснований на керівництві (стійке зростання за рахунок професійного управління бізнесом)	Дитинство / вага зміщується з ідей на результат	2 етап. Зростання / Колективність, активний розвиток	Фіолетовий / Компанії і команди на цьому рівні прагнуть до спільності, набуття традицій, вироблення командних домовленостей
3	Фаза інтеграції / Розвиток цілісного організму	Криза контролю / Розвиток заснований на делегуванні (використання децентралізованої організаційної структури)	Давай-давай / Зберігається орієнтація на результат, доповнюється баченням перспективи	3 та 4 етапи. Зрілість / 3 етап. Формалізація і управління.	Червоний / Компанії і команди на цьому рівні мотивовані конкуренції і відчуттям перемог. Важливо говорити про досягнення, святкувати перемоги, публічно нагороджувати, організовувати конкурси і марафони
4	Фаза асоціації / Асоціативне об'єднання з навколишнім світом	Криза кордонів / Розвиток заснований на координації (використання формальних систем для досягнення більшої координації)	Юність / Делегування повноважень, зміни в керівництві, переорієнтація цілей	4 етап. Вироблення структури	Синій / Компанії і команди на цьому рівні прагнуть виробити правила і дотримуватися регламенти роботи, щоб масштабувати кращі практики. Потрібно позначити цілі і взаємні зобов'язання, зробити прозорим шлях досягнення цілей
5		Криза... / Розвиток заснований на співробітництві	Розквіт / Організація орієнтується на результат	5 етап. Занепад	Помаранчевий / Компанії і команди на цьому рівні фокусуються на результаті і прагнуть підвищувати свою ефективність. Потрібно обговорювати метрики і цілі, організувати моніторинг

Продовження таблиці 1.4

1	2	3	4	5	6
6			Стабільність / Орієнтація на результат, інституалізація системи управління і дружня атмосфера в колективі		Зелений / Компанії і команди на цьому рівні прагнуть досягти гармонії, стурбовані соціальними і екологічними проблемами, хочуть бути корисними світу. Можна організувати он-лайн соціальні проекти
7			Аристократизм / Велике значення мають взаємовідносини. Акцент робиться швидше на минулі досягнення, ніж на бачення майбутнього і перспективи		Жовтий / Компанії і команди на цьому рівні розуміють свою місію і нічого не бояться
8			Рання бюрократія / Невтішні результати роботи організації стають цілком очевидними		Бірюзовий / Щоб не тільки розуміти, а й діяти, «жовті» об'єднуються в «бірюзові» спільноти, щоб легко підлаштовуватися під будь-який рівень і гармонійно співіснувати разом
9			Бюрократія / Організація фактично ізолюється від зовнішнього оточення, залишаючи для контактів лише "вузькі канали": одне вікно для клієнтів, одна телефонна лінія тощо		
10			Смерть / Організація припиняє свою діяльність		

\* узагальнено автором на підставі опрацювання літературних джерел

Модель організаційного розвитку Б. Лівехуда і Ф. Глазла зображено на рисунку 1.5.

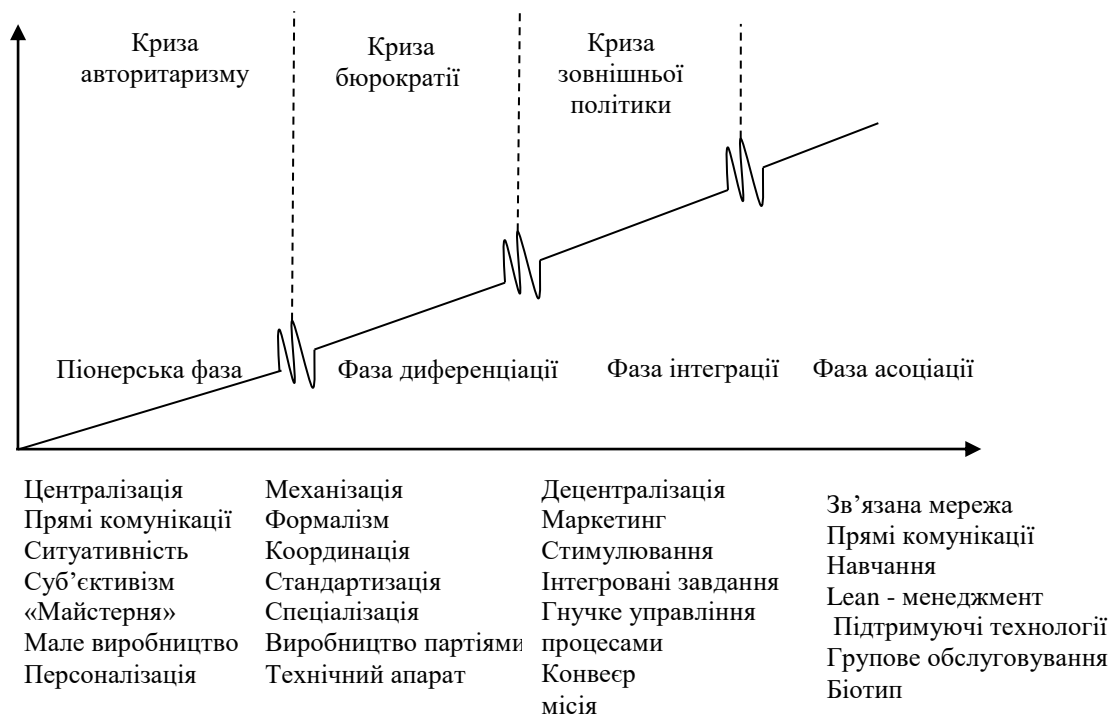


Рисунок 1.5 – Модель організаційного розвитку Б. Лівехуда і Ф. Глазла [9]

Розвиток підприємства відбувається через чотири основні фази (згідно моделі Б. Лівехуда і Ф. Глазла): піонерську, диференціації, інтеграції та асоціації, змінювання яких є наслідком подолання відповідних криз кожної попередньої фази.

Фундаментальним принципом, що лежить в основі моделі Глазла – Лівехуда [9], є принцип органічного розвитку, який стверджує, що людина та підприємство розвиваються за одними і тими ж законами, що мають біологічне підґрунтя.

Модель організаційного розвитку Л. Грейнера наведено на рисунку 1.6.

Ця модель [64] базується на п'яти компонентах: вік підприємства, розмір підприємства (обсяги продаж, чисельність персоналу), стадії розвитку (поступового зростання), стадії революції (скачкоподібні швидкі зміни), темп зростання промисловості. Критична задача управління підприємством на кожному етапі розвитку – сформулювати набір організаційних методів,

адекватних ситуації. Швидкість змін обумовлюється темпами зростання галузі промисловості, до якої відноситься підприємство. В моделі виділяється п'ять стадій, причому кожна стадія – це ефект попередньої стадії і причина наступної.

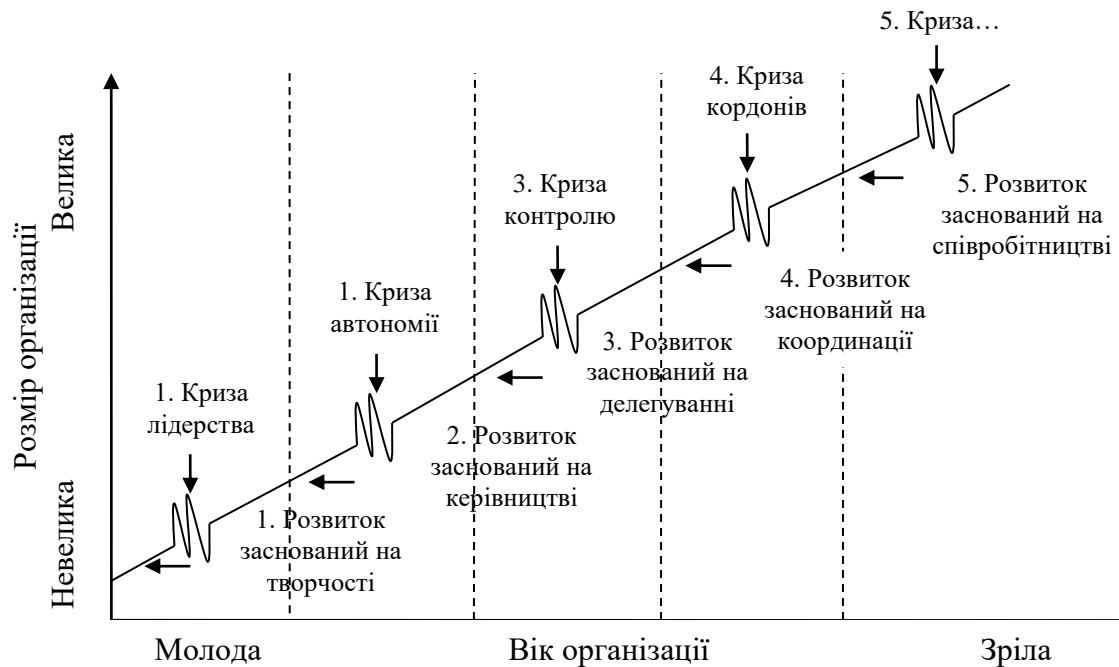


Рисунок 1.6 – Модель організаційного розвитку Л. Грейнера [64]

Схема життєвого циклу підприємства за І. Адізесом зображено на рисунку 1.7. Ця модель реалізує принцип органічного розвитку, але акцентує увагу на інших аспектах, а саме, передбачає два принципово різні процеси життєдіяльності підприємства – зростання і старіння, які протікають у десять етапів. Однак старіння є обов'язковим після настання фази «Стабільність», а залежить від поведінки підприємства (однак модель не описує характеристики такої поведінки). На шляху життєвого циклу підприємство зустрічається з труднощами внаслідок невідповідності інструментів управління (які застосовуються) стану підприємства, що проявляються в «організаційних хворобах», а можуть приймати характер «організаційної патології», коли самостійно вирішити проблеми підприємство не здатне. І. Адізесом виділяється два ключових внутрішніх параметра, важливих для життєдіяльності підприємства – гнучкість і контрольованість.

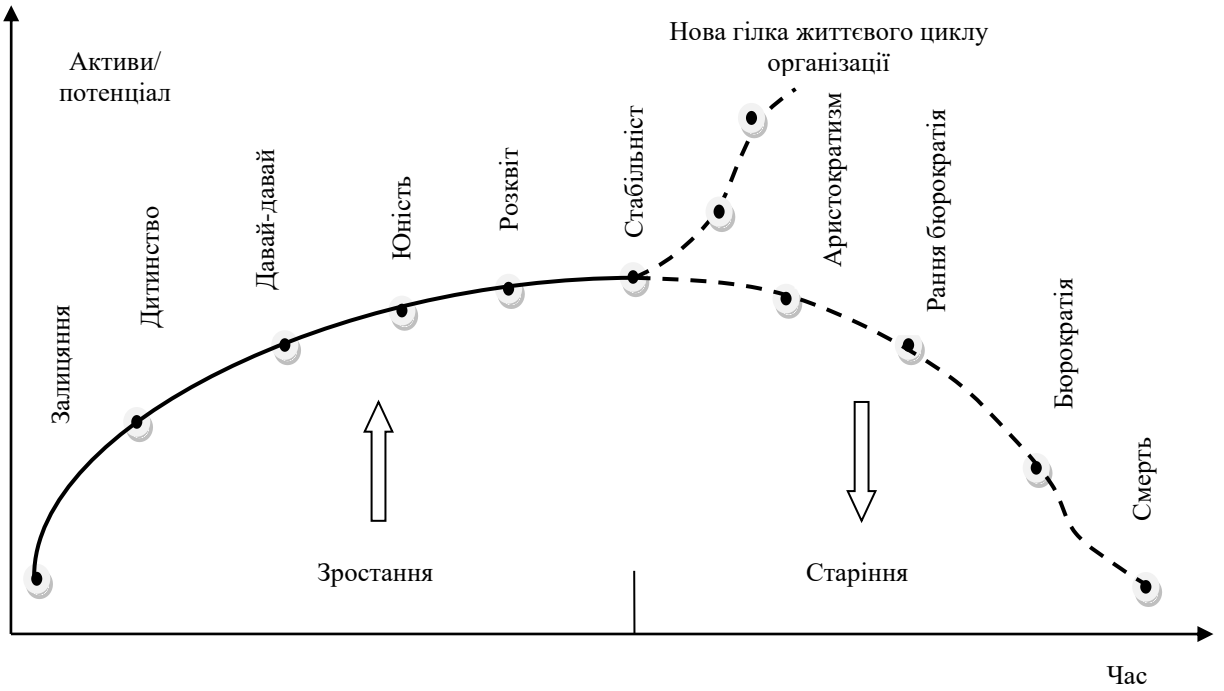


Рисунок 1.7 – Схема життєвого циклу підприємства за І. Адізелсом [62]

Схема життєвого циклу організації за Д. Міллером і П. Фрізеном наведено на рисунку 1.8.

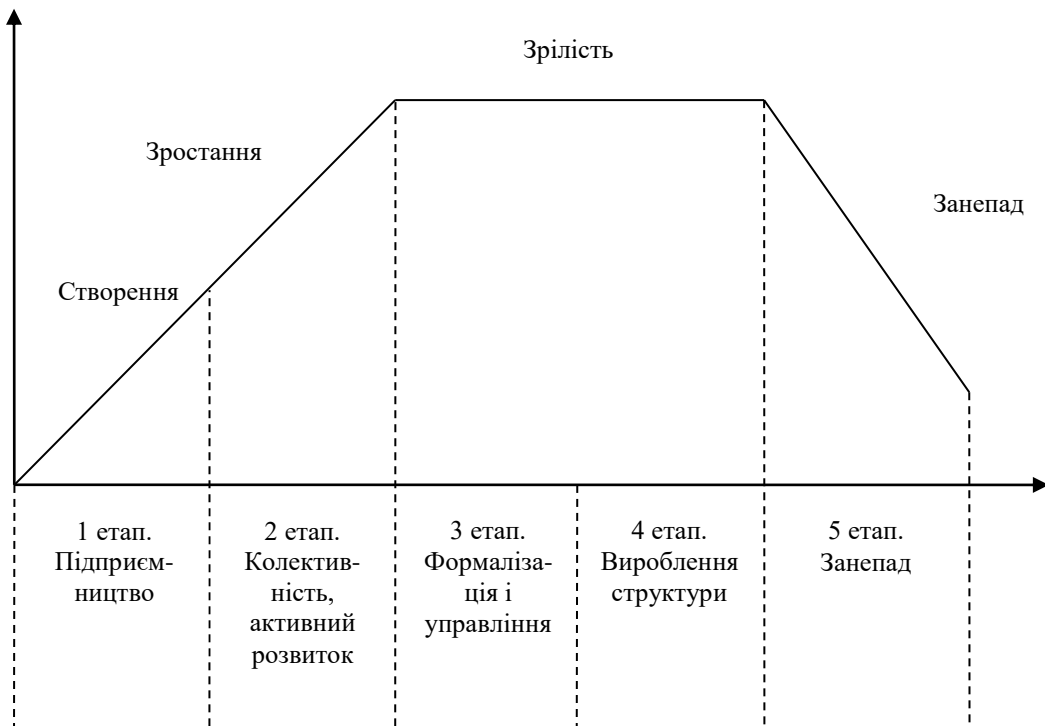


Рисунок 1.8 – Схема життєвого циклу організації за Д. Міллером і П. Фрізеном [27, 28]

За Д. Міллером і П. Фрізенем життєвий цикл організації пов'язують з життєвим циклом продукції. Остання стадія, на думку автора, не обов'язково повинна завершуватися смертю або ліквідацією організації. Можливим вважається і варіант її відродження або перетворення (розквіт) [28].

Спіральна модель розвитку чи спіральна динаміка запропонована К. Грейвзом представлена на рисунку 1.9 [63].

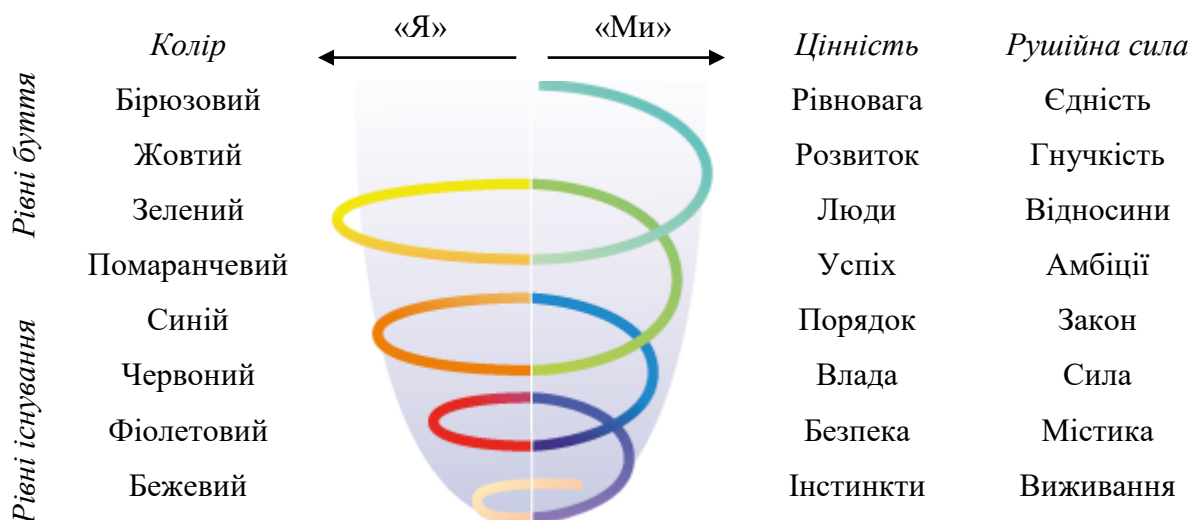


Рисунок 1.9 – Спіральна динаміка К. Грейвза [63]

К. Грейвз американський психолог, який в середині минулого століття сформулював три дуже важливих ідеї [63]:

1. Розвиток будь-якої людини (а також людства в цілому) завжди послідовно. Воно протікає по спіралі і проходить через вісім рівнів, минаючи їх строго один за іншим;

2. Для кожного рівня (саме вони в спіральній динаміці позначаються кольорами) характерний певний тип мислення;

3. На окремих людей і соціальні групи можуть впливати тільки ті сили, які відповідають їх поточного рівня розвитку.

Зважаючи на особливість теми дипломної роботи у підрозділі 1.3 необхідно дослідити особливості розвитку у закладах охорони здоров'я.

### 1.3 Особливості управління розвитком закладу охорони здоров'я

Системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких елементах як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. Виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США), що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи), з впливом традицій (Японія). Доля видатків у цих країнах на охорону здоров'я у ВВП становить від 7,5 до 16%; частка державних витрат – близько до 75% від загальних витрат на охорону здоров'я [11].

Системи охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою (група країн Східної Європи, включаючи деякі країни СНД) спробували здійснити економічну «шокову терапію», зберігши існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Одночасно в більшості цих країн мала місце спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [11].

Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування представлена у таблиці 1.5.

Таблиця 1.5 – Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування [60, с. 52-53]

Характеристики	Країни		
	Велика Британія	Італія	Канада
1	2	3	4
Джерела фінансування	За рахунок загальних податкових доходів бюджету; виходячи з чисельності зареєстрованого у приватно-практикуючих лікарів загального профілю згідно з нормативом	За рахунок податків. Центральний уряд перерозподіляє ресурси так, щоб компенсувати нерівномірність у фінансовому становищі регіонів	За рахунок загальних податкових доходів бюджету, Федеральним урядом надається кожній провінції гранд, що становить близько 16% від її витрат на охорону здоров'я, частина – фінансується за рахунок регіональних податків

Продовження таблиці 1.5

1	2	3	4
Частка витрат у ВВП	7,5%	9,0%	10,3%
Характеристика особливостей національної системи охорони здоров'я	95% медичних установ належить державі, управління ними переходить до лікарняних трастів. Бюджети трастів обмежені лімітами, які встановлює уряд. Більшість лікарів та інших медпрацівників є державними службовцями	Компенсація лікарням здійснюється, але клініко-статистичним групам, розцінки встановлює центральний уряд. Лікарям виплата здійснюється на «подушній» основі	Державним лікарням виплачуються заздалегідь встановлені суми, за винятком витрат на основні фонди. Витрати вимагають утвердження в кожному конкретному випадку. Оплата лікарям - за принципом гонорару за конкретні послуги. У деяких провінціях сукупний дохід лікарів обмежений
Переваги національної системи охорони здоров'я Недоліки організації національної системи охорони здоров'я	Низька частка адміністративних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я. Довгі черги на лікарські прийоми, особливо до вузьких спеціалістів і в лікарнях	Можливість регіонам вводити власні розцінки на компенсаційні виплати. Довгі черги на діагностичні дослідження. Характерна тенденція бюрократизованості галузі	Забезпечення можливості урядам провінцій контролювати витрати медичних установ, що підвищує якість наданої послуги і обґрунтованість на її витрати. Дефіцит сучасних медичних технологій; нестача лікарських кадрів, існують черги на лікування
Принципи організації системи охорони здоров'я	Централізований варіант системи побудований за принципом єдиного платника – держава. Яка безпосередньо оплачує медичні послуги, що надаються і фінансує охорону здоров'я	Центральний уряд встановлює цілі витрачання коштів, контролює загальні показники здоров'я населення і веде переговори з медиками за трудовими угодами. Регіональні органи – встановлюють розміри власних бюджетів, відповідають за якість медичних послуг, укладають контракти з державними і приватними медичними установами	Децентралізований характер: повноваження в галузі охорони здоров'я делеговані провінціям, фінансування здійснюється спільно регіональними і федеральними органами влади

Продовження таблиці 1.5

1	2	3	4
Спектр надання послуг за рахунок бюджету	Споживач не несе ніяких витрат на медичні заходи, виняток становить невелика пайова участь в оплаті ліків, стоматологічної допомоги та послуг окуліста	Первинна медико-санітарна допомога та лікування в стаціонарі за місцем надання – безкоштовні. За пайової участі пацієнтів проводиться оплата діагностичних процедур, послуг ліків, що відпускаються за рецептами	Безкоштовно надаються послуги фахівців, лікування в стаціонарі, стоматологічне і хірургічне втручання. Оплачуються пацієнтами – лікування зубів, фізіотерапія і ліки, що відпускаються за рецептом
Розвиток приватного сектору медичних послуг	Невеликий приватний сектор медичних послуг, дає можливість уникнути черг	Приватне медичне страхування не набуло широкого поширення, хоча воно надає необмежене право вибору лікарів і можливість лікуватися в приватних клініках	Для покриття медичних послуг, що не входять до загальнонаціональної системи, купуються медичні поліси у приватних страхових компаній

Бюджетно-страхова система охорони здоров'я фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави, страхові внески-відраховуються у вигляді певного відсотка від фонду оплати праці, участь державою в фінансуванні є обмеженою.

Найбільш яскравими представниками держав з бюджетно-страховою системою фінансування охорони здоров'я є Франція, Норвегія, Німеччина (табл. 1.6) [60]. В Україні розвиток системи охорони здоров'я здійснюється з урахуванням зарубіжного досвіду. Найкращі практики розвинених країн дозволяють врахувати усі позитивні риси та можливості для розвитку медичних закладів. Реформування охорони здоров'я відбувається відповідно до міжнародних зобов'язань України та за підтримки авторитетних міжнародних організацій (Світового банку, CDC, USAID, UN, EU, EDGE, UKAID та інших). Зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, – частина зобов'язань у межах Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої [49].

Таблиця 1.6 – Характеристика організації охорони здоров'я країн з бюджетно-страховою моделлю фінансування системи охорони здоров'я [60, с. 215-217]

Характеристики	Країни		
	Франція	Німеччина	Норвегія
1	2	3	4
Джерела фінансування	Фінансується з податку на заробітну плату (13,55%, з них: 12,8% відрахування роботодавців; 0,75% відрахування з працівника). Соціальний податок – 5,25%, а для пенсіонерів та осіб, які отримують допомогу з безробіття – 3,95%	Фінансується за рахунок податку на заробітну плату, поділеного порівну між роботодавцем і працівником (7% і 7,9%). Для малозабезпечених і безробітних страховку оплачує держава	За рахунок податків і побудована за принципом єдиного платника. Система фінансується за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету, цільових податків на охорону здоров'я в країні не існує
Доля видатків у ВВП	11%	10,4%	8,6%
Охоплення населення страхуванням	Близько 99% населення охоплює загальнонаціональна система медичного страхування	Система медичного страхування є загальнонаціональною, і є одним з елементів системи соціального страхування	Всі громадяни захищені загальнонаціональною системою страхування, яке поширюється також на іноземців, що живуть в країні
Організація системи охорони здоров'я	Загальне обов'язкове медичне страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Страхові фонди є приватними компаніями, але їх діяльність жорстко регулюється і контролюється державою	Медичне страхування носить майже загальний характер. Всі чий дохід не перевищує 49500 євро на рік повинні застрахуватися в одній з 150 державних страхових компаній. Усі страхові внески клієнтів один фонд. Потім кожна каса отримує з нього гроші, пропорційно до кількості клієнтів. Якщо «лікарняній касі» наданої частини коштів не вистачає, то вона має право зібрати зі своїх клієнтів додаткові внески. Від додаткових внесків відмовитися не можна	Страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного і амбулаторного лікування, послуг лікарів, діагностичне обстеження; ліки, що відпускаються за рецептом і допомога на дому. Пацієнт сам вносить плату за лікування, а згодом отримує компенсацію від фонду страховика. Лікарняні каси виплачують працівникам – від 70% до 90% його платні в період до 78 тижнів. За перебування і лікування в державних лікарнях плата не стягується

Продовження таблиці 1.6

1	2	3	4
Розвиток приватного сектору медичних послуг	Цільові надходження повинні забезпечувати фінансування у повному обсязі, але на практиці фондами компенсуються не всі витрати. Більшість медичних послуг, що надаються, передбачено дольову участь застрахованого споживача, що становить приблизно 13% від обсягу медичних послуг. Приватне страхування становить близько 12,7% від усіх витрат на медичну допомогу	Близько 9% громадян мають додаткові страховки для покриття послуг, що не входять до стандартного пакету. В країні введена пайова участь застрахованих з оплати медичних послуг, таких як: прийом у терапевта, перебування в лікарні, виписка рецепта і деякі спеціалізовані послуги. В цілому, безпосередньо «з кишені» сплачується 13% сукупних витрат на охорону здоров'я	Норвежці можуть не користуватися послугами державної системи охорони здоров'я, сплачуючи медичні послуги безпосередньо з власної кишені при зверненні до лікарів приватної практики. Має місце невелика пайова участь пацієнта, якщо мова йде про послуги психологів і психіатрів
Переваги національної системи охорони здоров'я	Єдиний підхід до встановлення цін на медичні послуги. Справедливий розподіл фінансових коштів між медичними закладами пропорційно наданому обсягу медичної допомоги	Виплати за лікарняним страхуванням визначаються тільки медичною необхідністю. Якість наданої медичної послуги не залежить від того в яку лікарняну касу сплачуються страхові внески. Близько 95% послуг, що надаються однакові	Встановлені державою рівні компенсацій забороняють виставляти додаткові рахунки, що не дає можливості завищувати ціни на послуги, що надаються
Недоліки організації національної системи охорони здоров'я	Загальний бюджет і обмеження тарифів на медичні послуги, в рамках яких діють лікарні, призводять до хронічного недофінансування основних фондів, що зумовлює дефіцит передових медичних технологій і недоступність найбільш прогресивних видів лікування	Виробники медичного устаткування або постачальники медичних послуг можуть підвищувати ціни в розрахунку на те, що платять за послуги лікарняні каси	Єдиний бюджет, обмежує загальний обсяг видатків на охорону здоров'я призводить до зростання черг на медичні послуги. Приблизно 23% пацієнтів змушені чекати лікування в стаціонарах більше трьох місяців

Управління розвитком в системі охорони здоров'я ґрунтується на прийнятому законодавстві щодо реформування цієї системи. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р., передбачає: «Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу» [18]. Подальшого розвитку вказані напрямки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я набули у затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки [41].

17.02.2010 року прийнято Постанову КМУ від № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [10] де затверджено концептуальні напрями реформування, зокрема: створення умов для реформування системи охорони здоров'я; проведення структурної реорганізації галузі; визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам, що передбачає надання державними і комунальними закладами охорони здоров'я; надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я; удосконалення системи фінансування галузі; врегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування; покращення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення; удосконалення системи профілактики захворювань; удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги (медичних послуг); удосконалення кадрової політики; забезпечення розвитку державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я; запровадження моніторингу стану фінансового забезпечення соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я.

1 серпня 2011 року затверджено Положення «Концепцію наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України. 31 жовтня 2011 року затверджено розпорядження N 1164-р запроваджено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [46]. В 2014

році МОЗ України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015 – 2020 роки [31]. Згідно наведеної стратегії система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи [31]: гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину; дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; взаємоповага пацієнтів та медичних працівників; співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (між секторальна взаємодія); співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів; підзвітність громадам і пацієнтам.

У 2017 році Верховною Радою України рішення про початок медичної реформи, відбулося прийняття Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [40], де визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. 30 листопада 2016 року прийнято Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013 [17], де зазначено, що для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків [17]. 26 січня 2018 року прийнято наказ МОЗ України № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [45].

6 лютого 2018 року видано наказ МОЗ України №178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» де визначено механізм та умови формування спроможних

мереж надання первинної медичної допомоги, а також порядок розроблення і затвердження плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги [44]. 19 березня 2018 року видано накази МОЗ України: № 504 України «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» [43], де визначено завдання, зміст і вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги та № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [42].

Метою трансформаційних перетворень в медичній сфері має на меті забезпечення громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я – це кардинальна зміна організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів. Завершено перший етап – реформування первинної ланки надання медичної допомоги [49]. З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ [26]. Зміни в системі охорони здоров'я дозволили здійснити певні зміни при обслуговування пацієнтів (табл. 1.7).

Таблиця 1.7 – Зміни у системі охорони здоров'я\*

№ п/п	Назва	Характеристика
1	2	3
Зміни у системі охорони здоров'я загальні		
1	Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги	держава бере на себе чіткі зобов'язання щодо фінансування медичних послуг. Бюджет починають розподіляти за медичними послугами, необхідними пацієнтам, на рівних для всіх громадян умовах. Пакет медичної допомоги, гарантований державою, визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні у обсязі можливостей державного фінансування.
2	Єдиний національний закупник медичних послуг	30 березня 2018 року в рекордно короткі строки була створена Національна служба здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медреформи «гроші йдуть за пацієнтом» — оплачує вартість реально наданих медичних послуг

## Продовження таблиці 1.7

1	2	3
3	Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»	держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги, до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі. Медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу
4	Автономізація постачальників медичної допомоги	на зміну командно-адміністративній моделі відносин має прийти контрактна. Це означає, що відносини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату
5	Запровадження системи e-Health	всю медичну документацію буде переведено в електронний вигляд. Це розвантажить лікарів, дозволить їм більш якісно та оперативно надавати медичні послуги пацієнтам та унеможливить ситуацію втрати медичних даних пацієнтів
6	Програма «Доступні ліки»	у квітні 2017 року Уряд запустив програму «Доступні ліки». Пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою. Для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми
7	Ухвалено Стратегію забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту	реалізується за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 р. Покладено початок побудови єдиної системи біобезпеки та біозахисту, спрямованої на захист здоров'я людини та навколишнього середовища від впливу небезпечних біологічних агентів, зокрема таких, що можуть призвести до надзвичайних ситуацій і загрожувати національній та міжнародній безпеці
8	Затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань	ухвалення документа сприятиме формуванню системи громадського здоров'я, посиленню санітарно-просвітницької роботи в початкових та середніх навчальних закладах, збільшенню обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань, шляхів їх зменшення; зменшенню передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, діабету, хронічних респіраторних захворювань та інших), створенню реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні.
9	Закладено фундамент розбудови трансплантології в Україні	законодавчо урегульовано проведення трансплантації: внесено зміни до деяких законодавчих актів, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині
10	Розпочато зміни в медичній освіті	запроваджено поріг для вступу на медичні спеціальності, ухвалено постанову Кабінету Міністрів України про єдиний державний кваліфікаційний іспит для медиків
Зміни у системі охорони здоров'я для пацієнта		
1	Гарантована безоплатна допомога лікаря первинної ланки	пацієнт отримує гарантовану безоплатну допомогу лікаря первинної ланки – держава захищає пацієнта від витрат, пов'язаних із профілактикою та лікуванням на рівні первинної медичної допомоги

## Продовження таблиці 1.7

1	2	3
2	Вільний вибір лікаря	пацієнт має право здійснювати самостійний вибір сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від свого місця проживання або реєстрації. Стосунки між пацієнтом та лікарем стали більш відкритими. Також пацієнт може в будь-який час вільно змінити свого лікаря, наприклад, при переїзді до іншого району/міста або з інших причин. Для цього лише потрібно подати нову декларацію про вибір іншого лікаря
3	«Доступні ліки» за електронним рецептом	пацієнт має право отримувати «доступні ліки» за електронним рецептом – з 1 квітня 2019 року ця програма перейшла в управління Національної служби здоров'я України. Отримати ліки безоплатно чи з незначною доплатою за цією програмою можливо лише за електронним рецептом. Пацієнти, що користуються програмою реімбурсації «Доступні ліки», щомісяця заощаджують 10–62% від прожиткового мінімуму (пенсіонери – від розміру мінімальної пенсії). Нині «Доступні ліки» отримують понад 1,78 мільйона пацієнтів
4	Корисна інформація он-лайн	Запровадження електронних інструментів дозволяє пацієнту в оперативному режимі отримувати корисну інформацію: знайти найближчу до свого дому аптеку, де можна отримати «Доступні ліки», переглянути перелік медичних закладів поблизу та обрати свого лікаря. Всі ці дані можна знайти на сайті Національної служби здоров'я України
5	Додаткові сервіси для пацієнта	у пацієнтів з'явилась можливість записатись до лікаря на прийом через Інтернет або за телефоном і не гаяти час на очікування в чергах. Окрім того, всі базові аналізи людина може здати здебільшого в приміщенні амбулаторії, в тому числі швидкі тести, що зручно як для пацієнта, так і для його лікаря. Серед змін, які українці помітили після подання декларації, 30% відзначили, що лікар був до них уважнішим та ввічливішим, 18% зазначили, що було легше потрапити на прийом, 11% сказали, було легше потрапити на прийом або отримали направлення на безоплатні лабораторні тести. 9% заявили, що отримали безкоштовні ліки або щеплення у свого лікаря або ж консультацію з приводу здорового способу життя та корисних звичок

\* сформовано автором за [15, с. 15-16; 49, с. 2; 48]

Реформа передбачає: здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів); забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат; ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних

характеристик; оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів; впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

## Висновки до розділу 1

Досліджуючи поняття «розвиток», необхідно підкреслити наявність різних підходів до трактування такого популярного поняття. З позиції авторів, розвиток є процесом трансформації стану об'єкта, що зумовлений змінами зовнішнього та внутрішнього середовища та пов'язаний з ефективністю прийняття рішень менеджментом підприємств. Це підтверджується за допомогою використання діаграми Ейлера-Венна та відповідного трактування дуальності вирішення проблем, або використання можливостей, що викликані змінами середовища функціонування організації та спонукають менеджмент до прийняття ефективних або неефективних управлінських рішень, які призводять до розвитку або «фіксації стану» конкретної організації.

Для більш детальної характеристики розвитку організації у першому розділі розглянуто існуючі моделі. До найбільш розповсюджених моделей розвитку в економічній літературі виділяють наступні моделі: Б. Лівехуда і Ф. Глазла, Л. Грейнера, І. Адізеса, Д. Міллера і П. Фрізена, К. Грейвза.

В Україні розвиток системи охорони здоров'я здійснюється з урахуванням зарубіжного досвіду. Найкращі практики розвинених країн дозволяють врахувати усі позитивні риси та можливості для розвитку медичних закладів. Реформування охорони здоров'я відбувається відповідно до міжнародних зобов'язань України та за підтримки авторитетних міжнародних організацій (Світового банку, CDC, USAID, UN, EU, EDGE, UKAID та інших).

Метою трансформаційних перетворень в медичній сфері має на меті забезпечення громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я – це кардинальна зміна організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів.

## 2 АНАЛІЗ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

### 2.1 Аналіз розвитку системи охорони здоров'я України

З 2015 року уряд виділяє кошти на охорону здоров'я адміністративним одиницям, використовуючи механізм субвенції, яких існує два типи – загальні медичні субвенції та субвенції на здійснення конкретних медичних програм. Центральний уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій. Місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів (рис. 2.1) [54, с. 20-21].

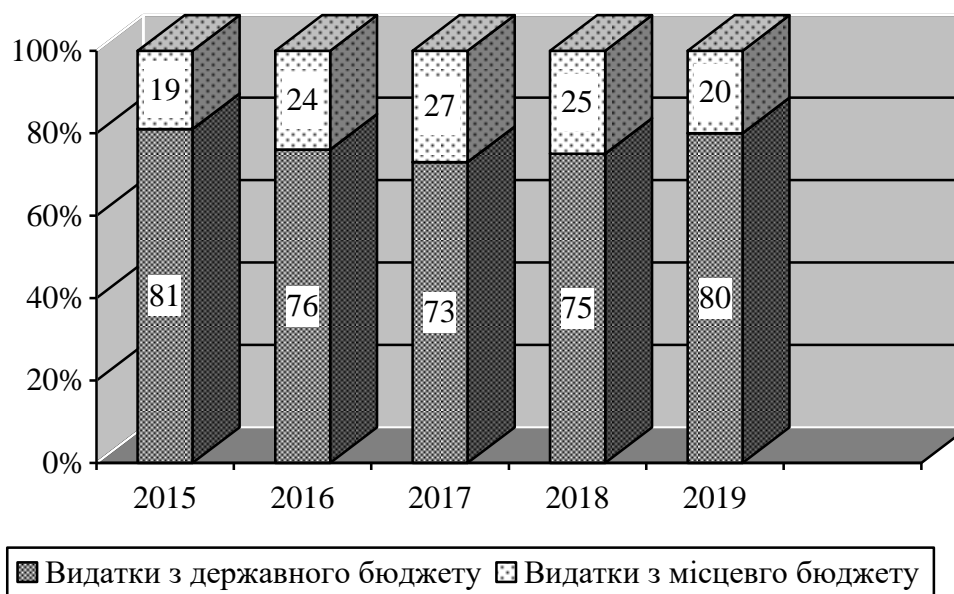


Рисунок 2.1 – Державні видатки на охорону здоров'я, 2015-2019 роки [54, с. 21]

Центральний уряд фінансував у період 2015-2019 років в середньому 77% від державних витрат на охорону здоров'я, при цьому найбільший відсоток фінансування припав на 2015 рік – 81% та на 2019 рік – 80%, а найменший на 2017 рік – 73%.

Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року та в доларах США за 2014-2019 роки наведено на рисунку 2.2.

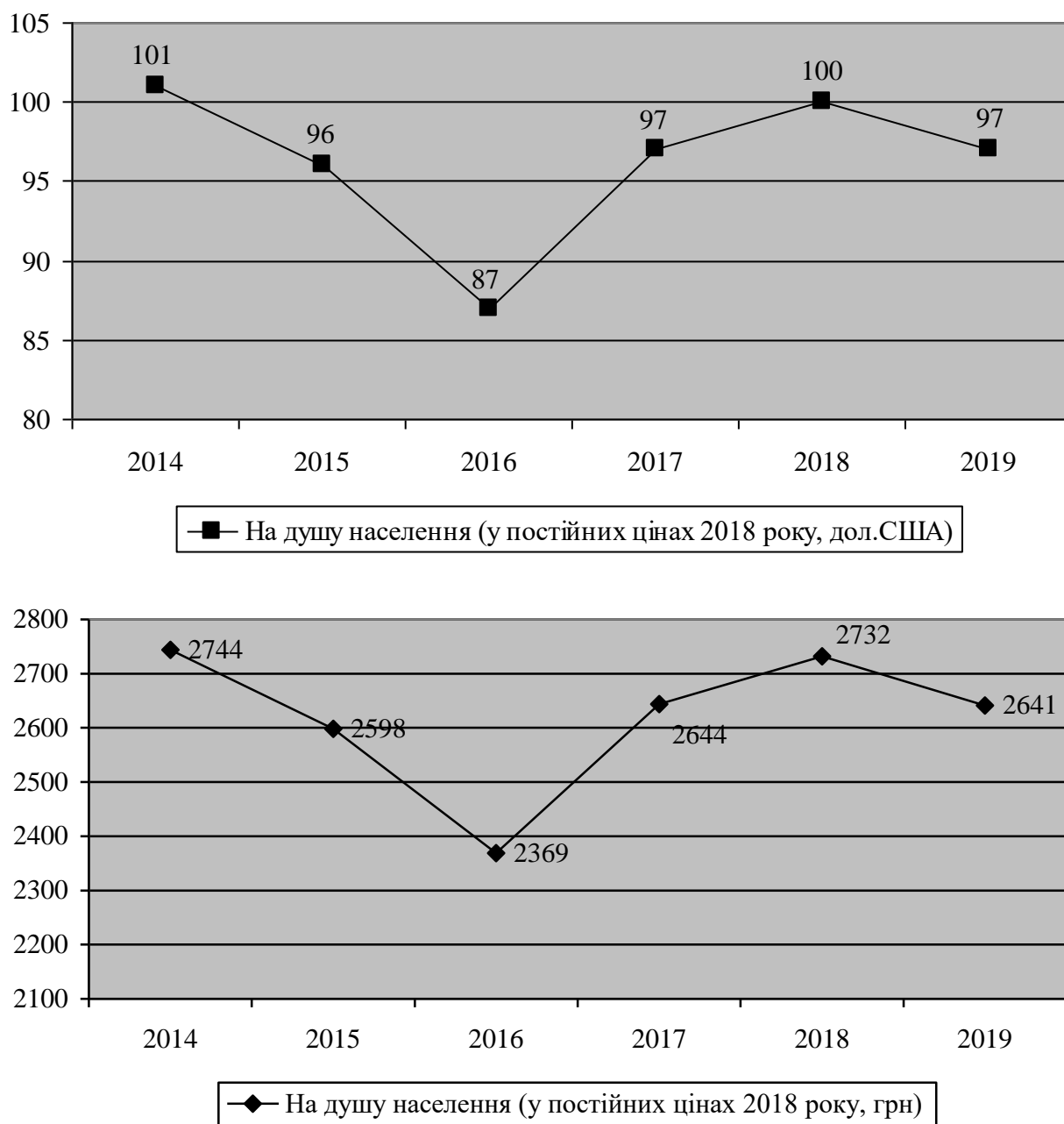


Рисунок 2.2 – Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення в реальній гривні 2018 року та в доларах США, 2014-2019 роки [54, с. 27]

Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення в реальній гривні 2018 року та в доларах США є найбільшими у 2014 та 2018 роках – у 2014 році – 101 дол.США або 2744 грн., а у 2018 році – 100 дол.США або 2732 грн. Найменші припадають на 2016 рік, і становлять 87 дол.США або 2369 грн.

Протягом інших років вони становили близько 100 дол.США або 2700 грн.

Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат протягом 2014-2019 років наведено на рисунку 2.3.

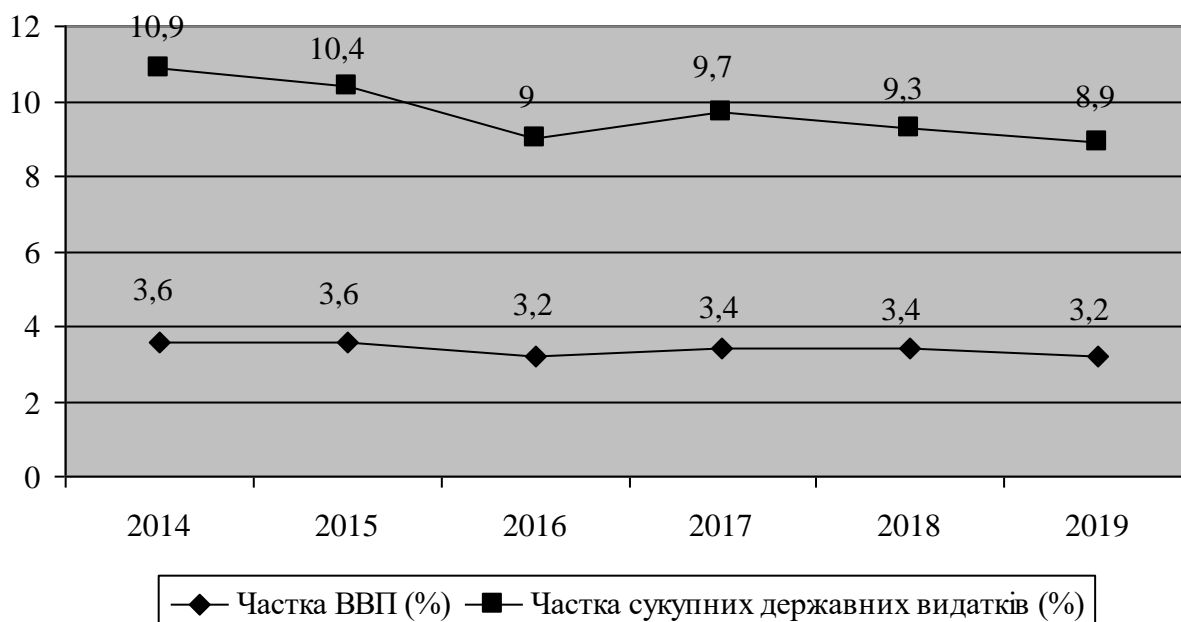


Рисунок 2.3 – Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат, 2014-2019 роки [54, с. 28]

Слід зазначити, що видатки на охорону здоров'я протягом 2014-2019 років знаходяться в межах від 3% до 4% (2014 рік – 3,6%, 2015 рік – 3,6%, 2016 рік – 3,2%, 2017 рік – 3,4%, 2018 рік – 3,4% та 2019 рік – 3,2%), що є нижчим встановлених Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 5% [40]. Відбувається зростання видатків на первинну медичну допомогу (рис. 2.4). У 2019 році частка ПМД зросла до 14,6% від загальних державних витрат на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь ПМД є важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі. Така пріоритезація послуг ПМД підтверджує зусилля уряду, спрямовані на підвищення якості послуг на первинній ланці. Коли впроваджуватимуться реформи вторинної та третинної ланки, важливо зберегти таку ж саму тенденцію [54, с. 28]. Протягом останніх трьох років витрати на первинну медичну допомогу були більше 10%, а саме у 2017 році –

10,6%, 2018 році – 11,5% та 2019 році – 14,6%. У 2017-2016 роках було менше 10%: у 2014 році – 9,7%, 2015 році – 9,0% та 2016 році – 9,8%.

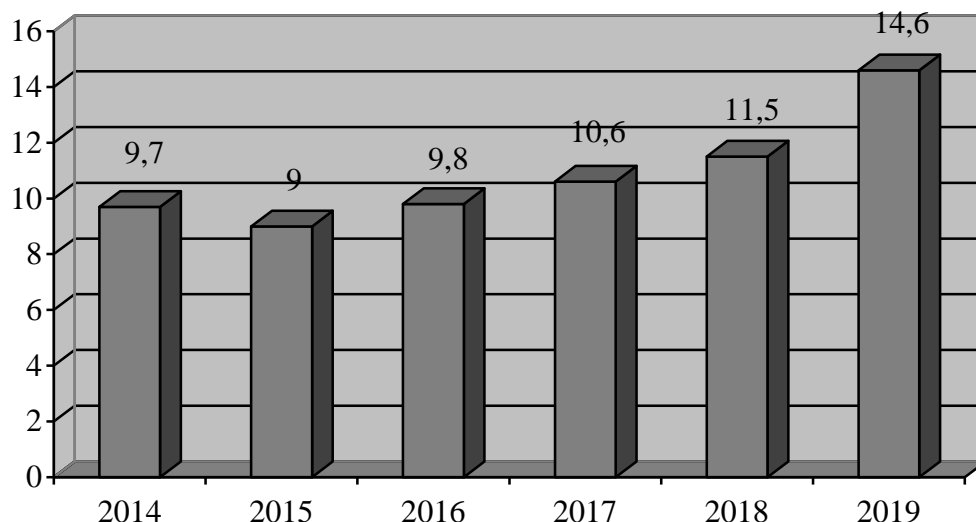


Рисунок 2.4 – Державні витрати на первинну медичну допомогу протягом 2014-2019 років, % [54, с. 28]

Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами первинної медичної допомоги за регіонами у 2019 році наведено на рисунку 2.5. Хмельницька область увійшла у четвірку найбільш активних областей, більший відсоток підписання угод на первинну медичну допомогу тільки у Вінницькій області – 81%, по 79 % припадає на Сумські, Київську та Хмельницьку області. Цей показник є досить непоганим, особливо якщо враховувати, що середнє значення підписання угод на первинну медичну допомогу складає 66%. Процес укладання угод не припинився і у 2020 році. Нові механізми закупівель первинної медичної допомоги забезпечують кращу доступність послуг. Значних географічних обмежень у доступі до послуг первинної медичної допомоги немає. Послуги первинної медичної допомоги надають 1276 закладів, що охоплюють 6323 практики/місць надання первинної медичної допомоги у сільській (4072) та міській (2251) місцевостях. В середньому, на практику первинної медичної допомоги припадає 4372 зареєстрованих пацієнта, та 1255 пацієнтів на одного лікаря [54, с. 40].

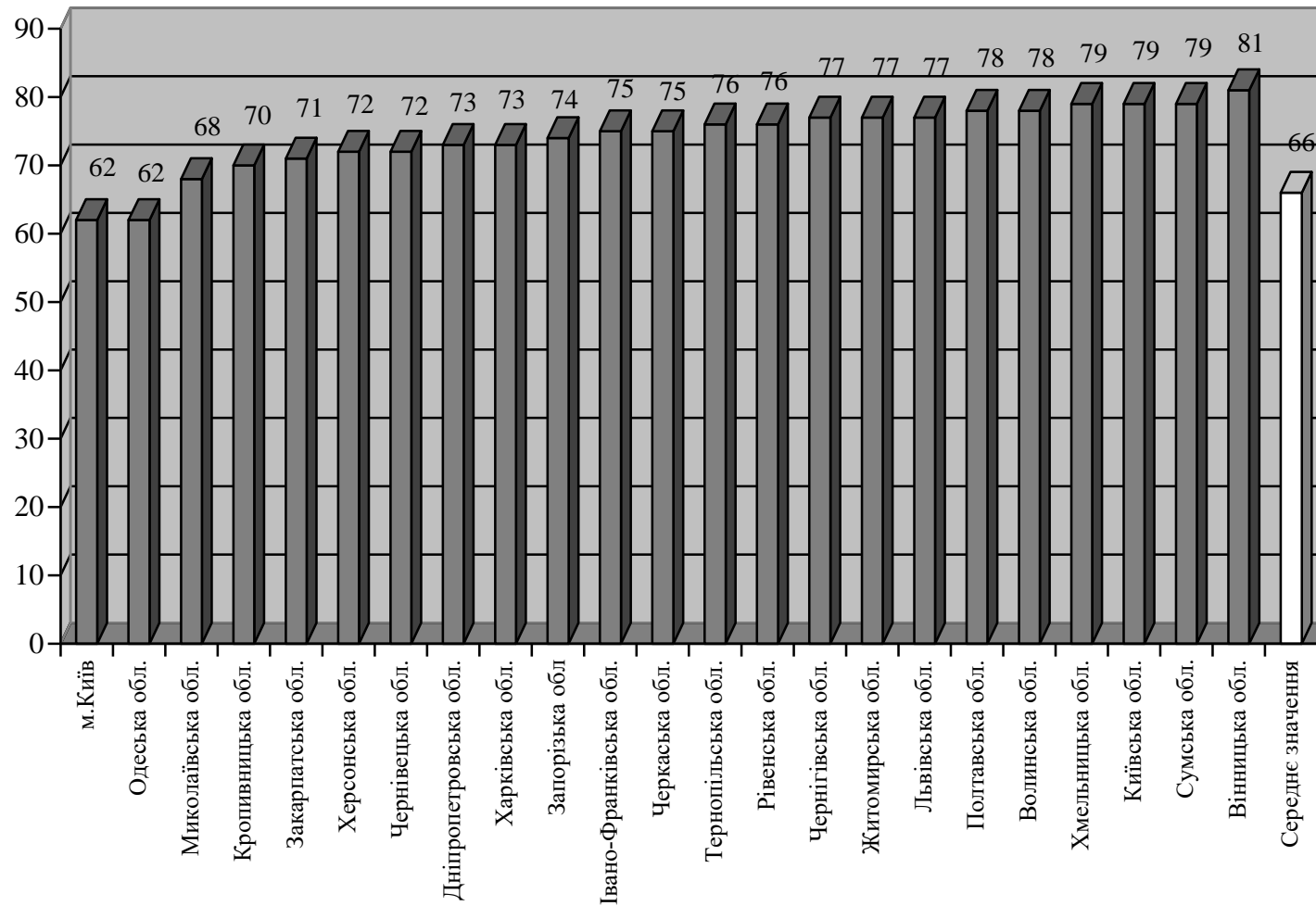


Рисунок 2.5 – Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами первинної медичної допомоги, за регіонами у 2019 році [54, с. 40]

Соціологічною групою Рейтинг була проведена оцінка медичної сфери (перша хвиля: 14-19 липня 2020 р., друга хвиля: 15-25 серпня 2020 р.) з вибіркою населення України віком від 18 років і старші в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу, а також: за віком, статтю, типом поселення. Вибіркова сукупність в обох хвилях по 2000 респондентів - особисте формалізоване інтерв'ю (face-to-face).

Згідно проведено опитування соціологічною групою Рейтинг 36% респондентів консультується з сімейним лікарем з приводу стану свого здоров'я чи надання будь-яких рекомендацій щодо стану свого здоров'я, 15% – кожен рік, 18% – принаймні кожні 6 місяців, 13% – принаймні кожні 3 місяці, 8% – кожен місяць, 10% дали відповідь, що їм важко відповісти на це запитання [36, с. 6]. Більш докладний розподіл за регіонами, віком та статтю наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Як часто Ви консультуєтеся з сімейним лікарем з приводу стану свого здоров'я чи надання будь-яких рекомендацій щодо стану свого здоров'я, 2020 р. [36, с. 7]

Регіони, вік, стать	Захід	Центр	Південь	Схід	18-29	30-39	40-49	50-59	60+	Чоловіки	Жінки
Кожен місяць	10	9	7	7	7	7	8	6	13	7	9
Принаймні кожні 3 місяці	14	14	12	11	15	12	10	12	15	9	16
Принаймні кожні 6 місяців	19	20	17	14	15	22	18	18	18	15	21
Кожний рік	16	15	14	13	18	14	15	15	13	14	15
Рідше, ніж раз на рік	34	31	40	45	38	34	40	38	32	41	32
Важко відповісти	7	12	10	10	8	13	9	10	10	13	7

Дані наведені в таблиці 2.1 свідчать, що частіше до лікарів звертають мешканці західних та центральних областей, частіше відвідують лікарів люди віком від 60 років, крім того жінки частіше чоловіків відвідують лікарів.

Цікавими є результати щодо необхідності проведення медичної реформи (рис. 2.6).

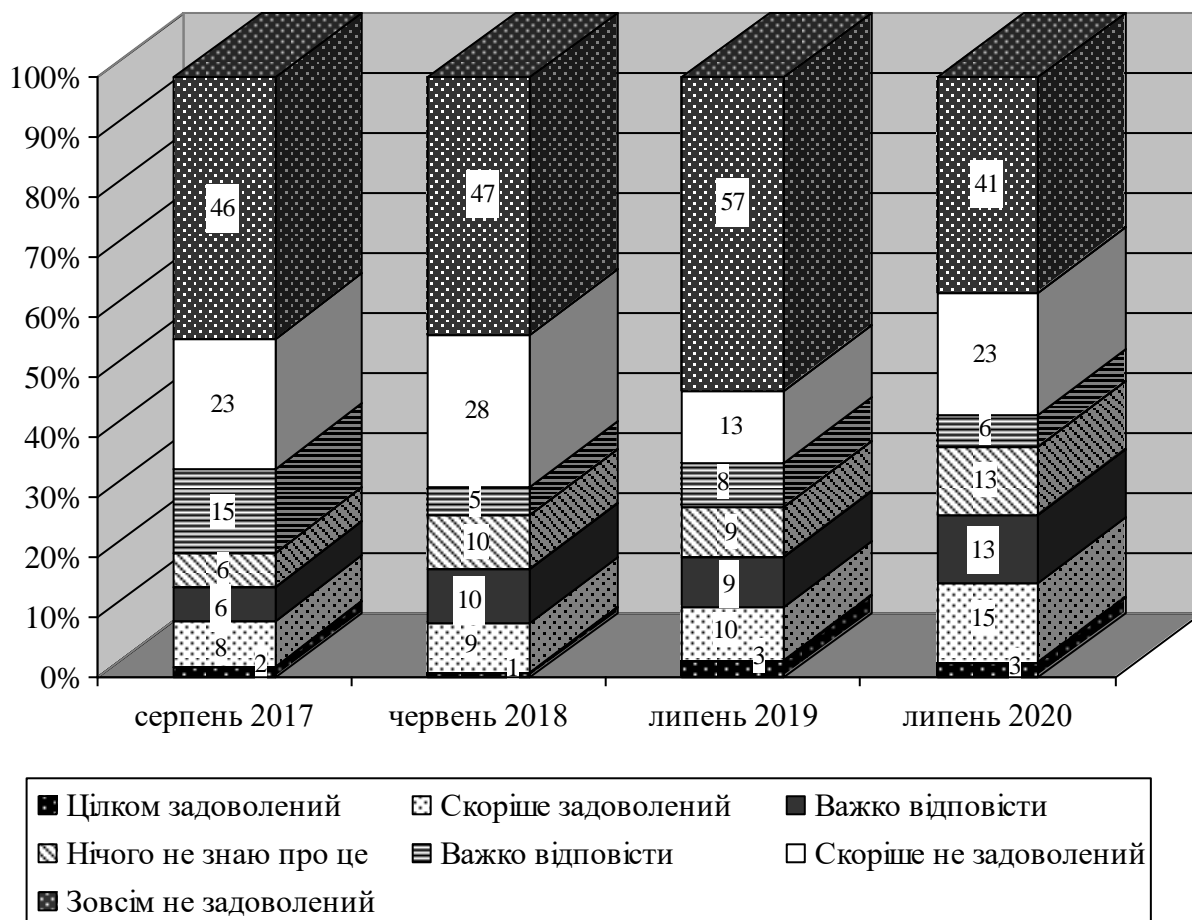


Рисунок 2.6 – Наскільки Ви задоволені проведенням медичної реформи в Україні [36, с. 11]

Найбільше відповідей припадає на відповідь – зовсім не задоволений у серпні 2017 р. – 46%, у червні 2018 р. – 47%, у липні 2019 р. – 57%, у липні 2020 р. – 41%. На відповідь скоріше не задоволений припадає у серпні 2017 р. – 23%, у червні 2018 р. – 28%, у липні 2019 р. – 13%, у липні 2020 р. – 23%. Серед респондентів, що цілком задоволені відповіли у серпні 2017 р. – 2%, у червні 2018 р. – 1%, у липні 2019 р. – 3%, у липні 2020 р. – 3%. На відповідь скоріше задоволений відповіли у серпні 2017 р. – 8%, у червні 2018 р. – 9%, у липні 2019 р. – 10%, у липні 2020 р. – 15%. Розподіл відповідей респондентів щодо задоволеності проведення медичної реформи в Україні за регіоном, віком, доходом та частотою відвідування сімейного лікаря наведено на рисунку 2.7.

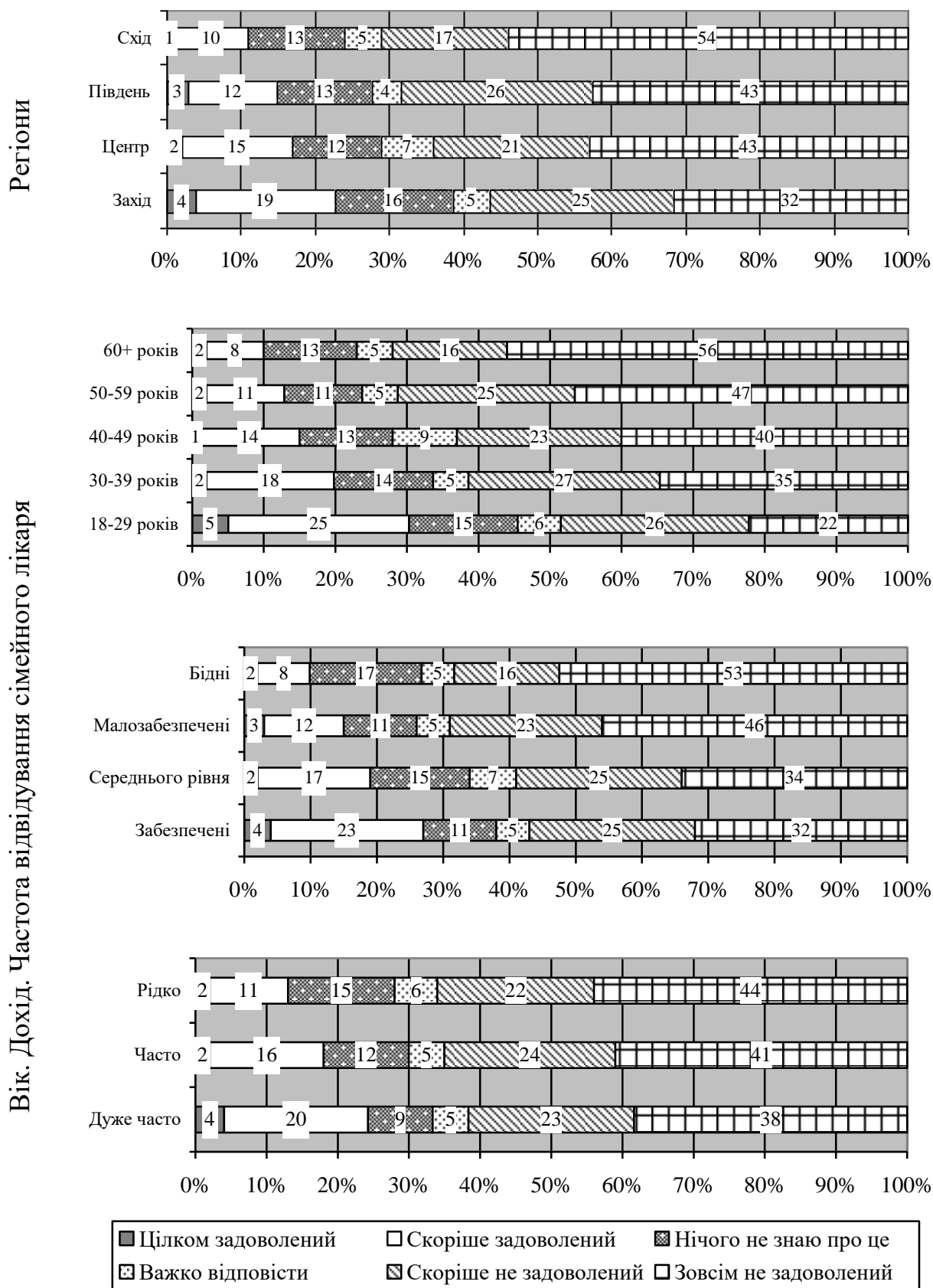


Рисунок 2.7 – Розподіл відповідей респондентів щодо задоволеності проведення медичної реформи в Україні за регіоном, віком, доходом та частотою відвідування сімейного лікаря, 2020 р. [36, с. 12]

Більшість респондентів зовсім не задоволені проведенням медичної реформи або скоріше не задоволені. Так, зовсім не задоволені: захід – 32%, південь – 43%, центр – 43%, схід – 54%, скоріше не задоволені: захід – 25%, південь – 26%, центр – 21%, схід – 17%. Цілком задоволених респондентів дуже маленький відсоток у всіх регіонах України, а саме: захід – 4%, південь – 3%, центр – 2%, схід – 1%.

Більшість опитаних респондентів, що не задоволені медичною реформою це люди вік яких перевищив 60 років, а найменше серед осіб 18-29 років. Більшість за віковою категорією цілком задоволених медичною реформою або скоріше задоволених це люди 18-29 років, відповідно 5% та 25%, а найменше респонденти більше 60 років, відповідно 2% та 8%.

Дані наведені на рисунку 2.8 свідчать, що за рівнем доходів зовсім не задоволених серед бідних та малозабезпечених верств населення, відповідно 53% та 46%, хоча досить великий відсоток і серед респондентів із середнім рівнем доходів та забезпечених, відповідно 34% та 32%.

Частота відвідування сімейного лікаря не надто залежить від рівня задоволеності медичною реформою. За даним критерієм показники є схожими, і коливаються в межах 6%.

Відповіді респондентів на питання «Як Ви вважаєте, як повинна поступити влада з медичною реформою: продовжити без змін, продовжити, але внести суттєві зміни, чи взагалі скасувати?» наведено на рисунку 2.8.

Попередні відповіді пояснюються даними наведеними на рисунку 2.8, оскільки, більшість з опитаних респондентів вважають, що реформу слід здійснювати із суттєвими змінами, при тому серед задоволених медичною реформою це 72% опитаних, а серед не задоволених її проведенням – 57%. А якщо додати відповіді респондентів які вважають, що реформу слід скасувати, то сумарний відсоток є дуже високим. Так, серед не задоволених медичною реформою вважають, що її слід скасувати 32%, а серед задоволених – 4%. Хоча є і такі, що відмітили, що варто продовжити медичну реформу без змін, а саме 18% серед задоволених та 3% серед не задоволених.

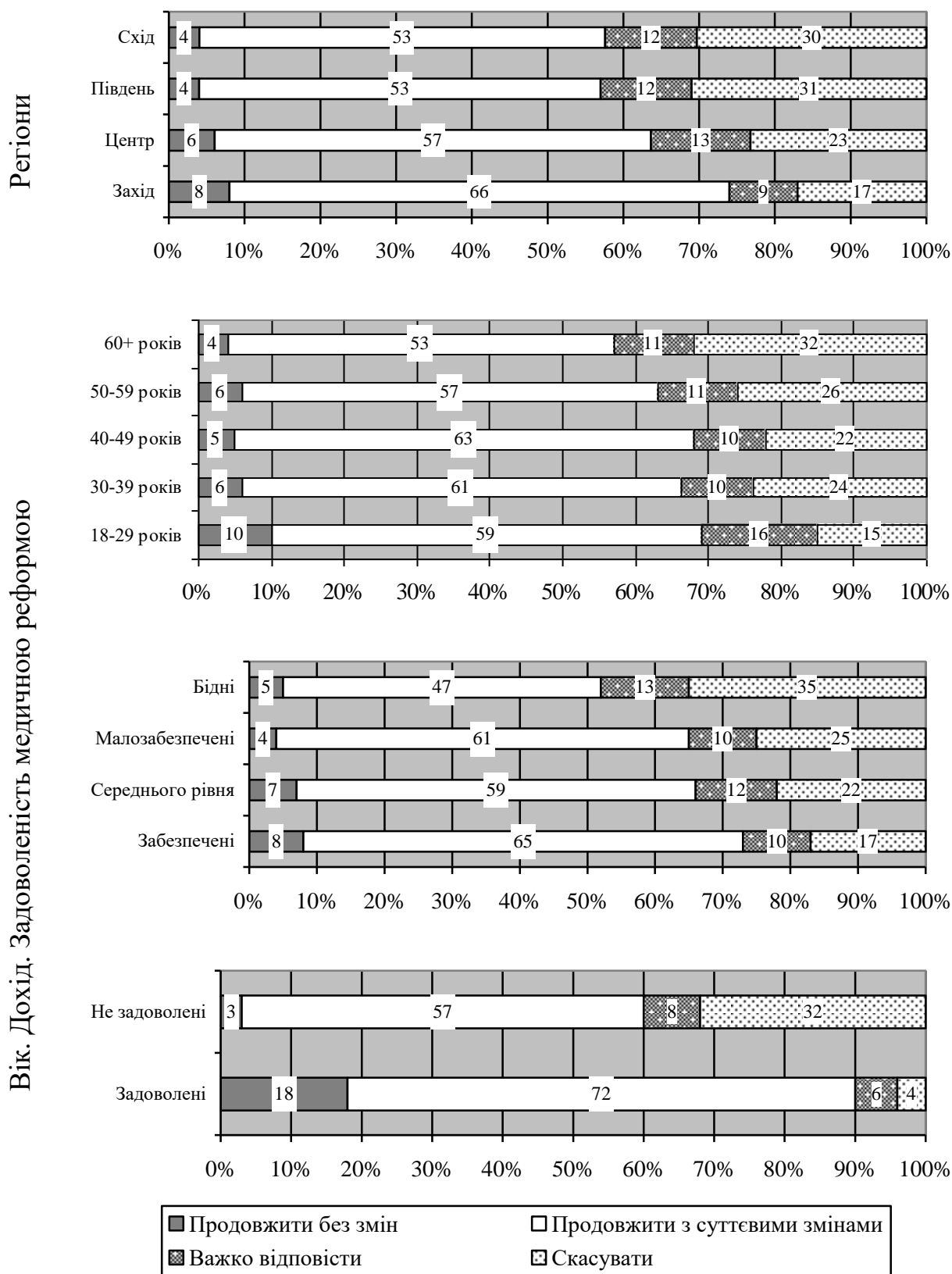


Рисунок 2.8 – Розподіл відповідей респондентів щодо відповіді на питання «Як Ви вважаєте, як повинна поступити влада з медичною реформою: продовжити без змін, продовжити, але внести суттєві зміни, чи взагалі скасувати?», 2020 р.

Відповіді респондентів за регіонами мають суттєві похибки, але не зважаючи на це більшість схильні до необхідності продовження медичної реформи, однак, з суттєвими змінами: захід – 66%, південь – 53%, центр – 57%, схід – 53%. Вважають, що її необхідно скасувати: захід – 17%, південь – 31%, центр – 23%, схід – 30%. Якщо подивитися на наведені данні, то більше 80% у всіх регіонах вважають, що не варто проводити реформу у такому вигляді як вона є. Це є серйозним сигналом для чиновників, і підставою внесення корективів та змін в стратегію реалізації реформи та її змістове наповнення. Недосконалість медичної реформи та виклики спричинені COVID-19 актуалізують питання розвитку окремих закладів охорони здоров'я.

## 2.2 Історія розвитку та аналіз основної діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради розташований в Хмельницькому районі, с. Ружичанка, комплекс складається з 5 будівель, а саме: лікувальний корпус, харчоблок, автогаражі, киснева станція, дезінфекційна – загальна площа будівель 18000 кв.м. загальна площа земельної ділянки де розташований госпіталь становить 5,99 га.

Діяльність організації була започаткована як лікувальний заклад для ветеранів Великої Вітчизняної війни та праці у 1991 році, а у 1993 році став профільним лише для ветеранів війни. У 1995 році Хмельницький обласний госпіталь інвалідів Великої Вітчизняної війни перейменовано у Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни (наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1020 від 29 грудня 2014 р. «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я»). У 2019 році його реорганізовано у комунальне некомерційне підприємство «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

Головною метою КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради є задоволення потреб населення у висококваліфікованій медичній допомозі, забезпечення гарантованості і доступності її всім контингентам ветеранів війни області, обумовлених законодавством, в ефективному використанні кадрових, матеріальних, фінансових ресурсів.

У КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради мають право на лікування:

- а) інваліди війни;
- б) учасники бойових дій;
- в) учасники Великої Вітчизняної війни;
- г) особи, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» в тому числі, учасники антитерористичної операції;
- д) особи, що мають статус «Дитина війни», відповідно до Закону України «Про соціальний захист дітей війни», та є інвалідами;
- е) особи, на яких поширюється дія п.3 ст. 9 Закону України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні»
- ж) постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Структуру КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів затверджена директором госпіталю. У госпіталі запроваджена функціональна структура управління, що зображена на рисунку 2.9.

Очолює КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради директор, що має у підпорядкуванні трьох заступників, а саме: заступника директора з медичних питань, заступника директора з економічних питань та заступника директора з господарських питань. У безпосередньому підпорядкуванні директора: юрисконсульт,

адміністратор систем, відділ кадрів, інженер з охорони та головний бухгалтер. У підпорядкуванні головного бухгалтера знаходиться бухгалтерія.

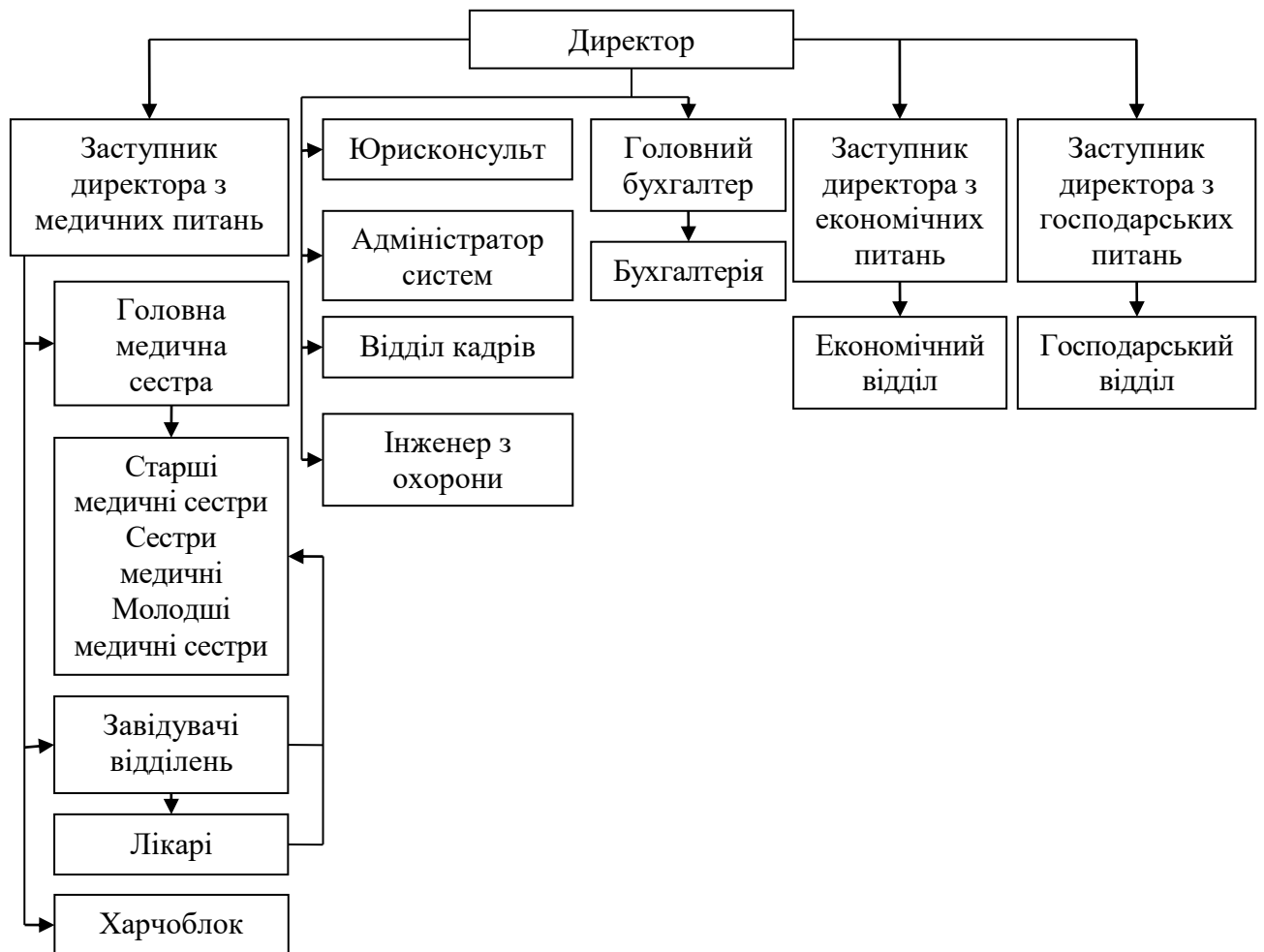


Рисунок 2.9 – Структура КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

У підпорядкуванні заступника директора з медичних питань знаходяться: головна медична сестра, завідувачі відділень та харчоблок. Головній медичній сестрі підпорядковуються: старші медичні сестри, сестри медичні, молодші медичні сестри. Завідувачам відділень підпорядковуються лікарі. Завідувачам відділень та лікарям підпорядковуються старші медичні сестри, сестри медичні, молодші медичні сестри.

Заступнику директора з економічних питань підпорядковується економічний відділ, а заступнику директора з господарських питань підпорядковується господарський відділ.

Діяльність директора, заступників та усіх структурних підрозділів регламентується посадовими інструкціями.

У КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради проектна потужність розрахована на 300 ліжок. Госпіталь є багатопрофільною спеціалізованою медичною установою, в якій 260 ліжок – терапевтичного, 30 ліжок хірургічного профілю та 30 ліжок реабілітаційне відділення.

Використання ліжкового фонду в стаціонарі КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2018 та 2019 роки наведено у таблицях 2.2 та 2.3.

Дані таблиці 2.2 та 2.3 свідчать про зменшення хворих у 2019 році в порівнянні з 2018 роком: у терапевтичному відділенні на 112 хворих, кардіологічному відділенні на 82 хворих; збільшення хворих: у хірургічному відділенні на 297 хворих, реанімаційному відділенні на 8 хворих. Не змінилася кількість хворих у неврологічному відділенні, реабілітаційному відділенні. В цілому по госпіталю загальна кількість хворих становила у 2018 році – 5830 хворих та у 2019 році – 5472 хворих.

Протягом 2018 та 2019 років план ліжко днів складав 103800, однак відмічається недовиконання показника. У 2018 році цей показник фактично становив 92158 ліжко днів, недовиконання складало 11642 ліжко дня, тобто 88,8%. Перевиконання ліжко днів у 2018 році спостерігається тільки у реабілітаційному відділенні: план – 8652 ліжко днів, факт – 8999 ліжко днів, і становило 104%. По всім іншим відділенням відмічається недовиконання плану, а саме: терапевтичне відділення – 98,7%, хірургічне відділення – 70,0%, неврологічне відділення – 95,2%, кардіологічне відділення – 88,5%, урологічне відділення – 74,3%. У 2019 році цей показник фактично становив 92688 ліжко днів, недовиконання складало 11112 ліжко дня, тобто 89,3%. У всіх відділеннях у 2019 році недовиконання плану: терапевтичне відділення – 93,2%, хірургічне відділення – 92,7%, неврологічне відділення – 90,0%, кардіологічне відділення – 81,1%, паліативне відділення – 28,1%, реабілітаційне відділення – 98,5%.

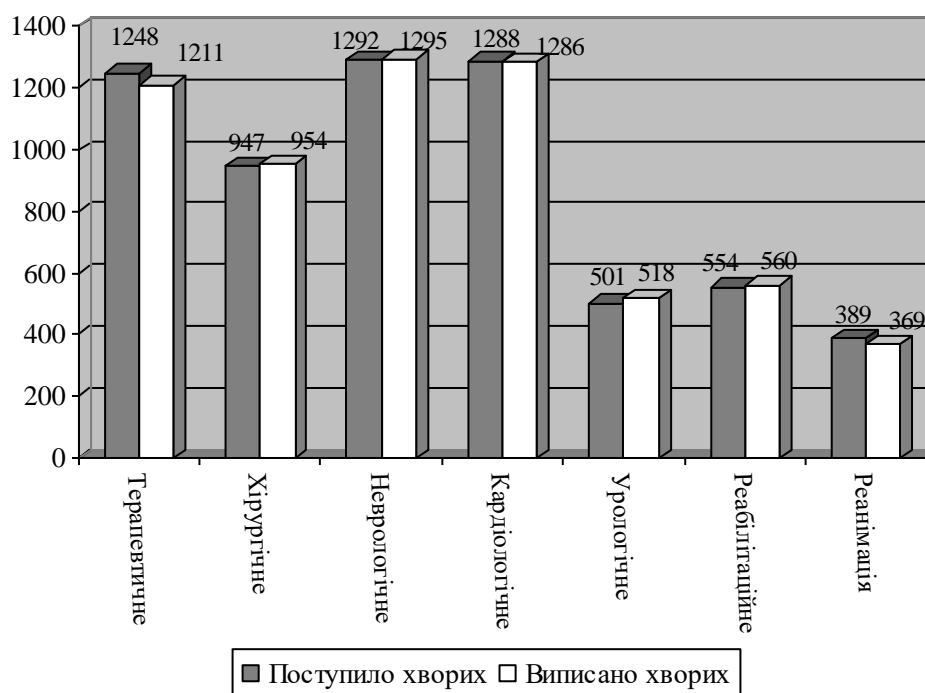
Таблиця 2.2 – Використання ліжкового фонду в стаціонарі КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2018 рік

Відділення	Поступило хворих	Виписано хворих	План ліжка днів	Фактично виконано	% виконання	Оберт ліжка	Середня тривалість	Кількість померлих	Летальність	Робота ліжка	% розгинів
Терапевтичне	1248	1211	20760	20488	98,7	20,5	16,8	6	0,5	341,5	50,0
Хірургічне	947	954	20760	14537	70,0	15,9	15,1	10	1,0	242,3	50,0
Неврологічне	1292	1295	20760	19769	95,2	21,6	15,2	3	0,2	329,5	66,7
Кардіологічне	1288	1286	20760	18364	88,5	21,5	14,2	4	0,3	306,1	75,0
Урологічне	501	518	12108	9000	74,3	14,6	17,3	2	0,4	257,1	0
Реабілітаційне	554	560	8652	8999	104,0	22,3	16,1	–	–	360,0	–
Реанімація	389	369	–	1531	–	64,8	3,9	–	5,1	255,2	60,0
По госпіталю	5830	5824	103800	92688	89,3	19,5	15,8	–	0,4	309,0	52,0
В порівнянні з 2017 роком	5808	5765	103800	92158	88,8	19,3	15,9	25	0,4	307,2	52,0

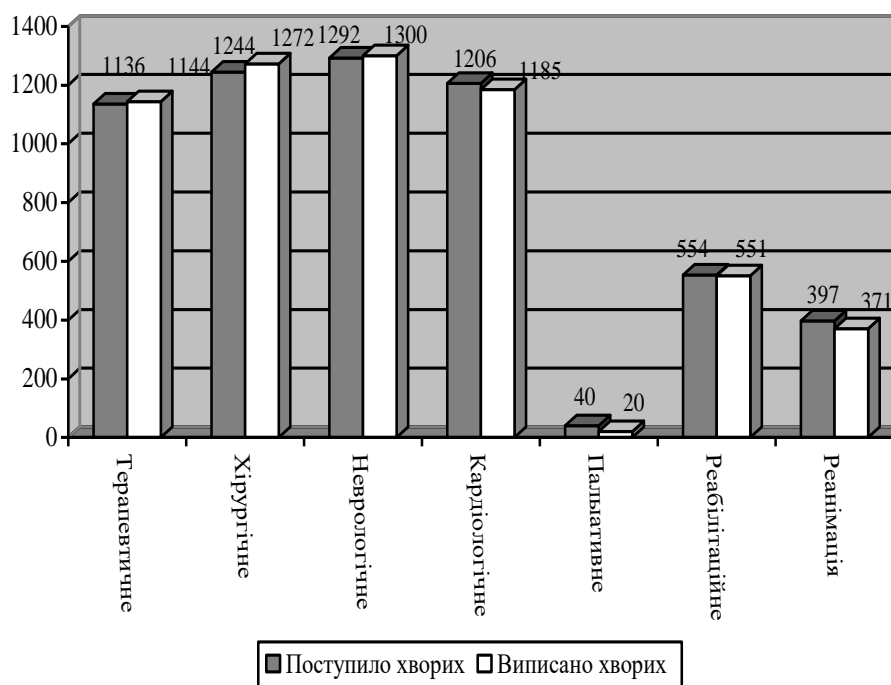
Таблиця 2.3 – Використання ліжкового фонду в стаціонарі КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2019 рік

Відділення	Поступило хворих	Виписано хворих	План ліжка днів	Фактично виконано	% виконання	Оберт ліжка	Середня тривалість	Кількість померлих	Летальність	Робота ліжка	% розтинів
Терапевтичне	1136	1144	20760	19347	93,2	19,1	16,8	7	0,6	322,5	42,8
Хірургічне	1244	1272	20760	19239	92,7	21,1	15,0	14	1,1	320,6	42,8
Неврологічне	1292	1300	21050	18950	90,0	20,0	14,6	2	0,2	291,5	50,0
Кардіологічне	1206	1185	20760	16828	81,1	20,0	14,2	4	0,3	280,5	50,5
Паліативне	40	20	1440	404	28,1	1,2	20,2	–	–	16,2	–
Реабілітаційне	554	551	8940	8808	98,5	18,4	16,0	–	–	293,6	–
Реанімація	397	371	–	1607	–	66,2	4,0	–	6,5	267,8	46,1
По госпіталю	5472	6472	103800	85183	82,1	17,8	15,6	27	0,5	284,0	44,4
В порівнянні з 2018 роком	5830	5824	103800	92688	89,3	19,5	15,8	25	0,4	309,0	52,0

Використання ліжкового фонду в стаціонарі КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради по відділенням за 2018 та 2019 роки наведено на рисунку 2.10.



2018 рік



2019 рік

Рисунок 2.10 – Використання ліжкового фонду в стаціонарі КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради по відділенням за 2018 та 2019 роки

У КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради станом на 01 січня 2020 року на диспансерному обліку перебуває 40662 ветеранів війни, із них: 13858 осіб – учасники бойових дій, 2991 осіб – інваліди війни, 19920 осіб – учасники війни та 3893 особи прирівняні за пільгами.

Аналіз основних показників діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років наведено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Основні показники діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років

№ п/п	Основні показники	Од. виміру	Рік			Темп зміни, %	
			2017	2018	2019	2018 / 2017	2019 / 2018
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Кількість ліжок	од.	300	300	300	100,0	100,0
2	Виконано ліжок днів	од.	92158	92688	85183	100,6	91,9
3	Середня кількість днів роботи ліжка	дні	307,19	309,0	284,0	100,6	91,9
4	Завантаженість ліжкового фонду	%	88,8	89,3	82,1	–	–
5	Кількість пролікованих хворих	чол.	5808	5849	5499	100,7	94,0
6	Кількість працюючих	чол.	307	299	285	97,4	95,3
7	Затверджені бюджетом видатки	тис.грн.	39995,2	47375,0	49646,7	118,5	104,8
8	Уточненні призначення	тис.грн.	39945,2	48277,0	51076,4	120,9	105,8
9	Фактично профінансовано	тис.грн.	38591,02	46342,98	47057,23	120,1	101,5
10	Фонд заробітної плати	тис.грн.	17525,9	20793,1	22775,94	118,6	109,5
11	Середньомісячна заробітна плата	грн.	5708,76	6954,21	7991,56	121,8	114,9
12	Вартість основних засобів на кінець року	тис.грн.	30087,8	41440,02	208914,75	137,7	504,1
13	Загальна площа будівель (споруд)	кв.м.	18292,6	18292,6	18292,6	100,0	100,0
14	Площа здана в оренду	кв.м.	520,9	748,9	813,2	143,8	108,6
15	Орендна плата нарахована	тис.грн.	234,0	245,3	279,79	104,8	114,1
16	Отримано	тис.грн.	226,9	251,0	278,14	110,6	110,8

Продовження таблиці 2.4

1	2	3	4	5	6	7	8
17	Заборгованість по орендній платі на кінець року	тис.грн.	12,6	6,9	5,86	54,8	84,9
	в т.ч. прострочена	тис.грн.	2,7	2,7	2,7	100,0	100,0
18	Фінансова забезпеченість до потреби	%					
	утримання 1-го хворого		96,6	97,82	94,78	–	–
	лікування 1-го хворого		98,06	93,81	98,78	–	–
19	Вартість одного ліжко-дня всього, в т.ч.	грн.	418,75	499,99	552,42	119,4	110,5
	по медикаментах		63,74	67,03	81,8	105,2	122,0
	по харчуванню		51,82	59,71	68,76	115,2	115,2
20	Залучення позабюджетних коштів	тис.грн.	575,44	844,48	456,44	146,8	54,0
21	Навантаження на 1 лікарську посаду ліжок	од.	20	20	20	100,0	100,0
22	Кількість пільговиків (полікованих)	чол.	5454	5450	5088	99,9	93,4
23	Витрати на безкоштовне обслуговування одного пільговика	грн.	6667,72	7899,84	8617,75	118,5	109,1
24	Витрати на придбання обладнання всього	тис.грн.	2700,36	1337,17	255713,82	49,5	19123,5
25	Споживання електроенергії по нормі	тис.кВт	520	520	650	100,0	125,0
	Фактично		491,6	498,86	539,0	101,5	108,0
	Економія	%	5,5	4,07	17,1	–	–
26	Споживання тепла по нормі	гкал	1700	1700	1700	100,0	100,0
	Фактично		1659	1640,6	1839,7	98,9	112,1
	Економія	%	2,4	3,5	-8,2		
27	Вартість опалення	грн.	2407,5	2940,3	1511,02	122,1	51,4
28	Споживання гарячої води по нормі	м.куб.	8894	8894	13000	100,0	146,2
	Фактично		8894	5769	6598	64,9	114,4
	Економія	%	0	35,13	49,2	–	–
29	Капітальний ремонт: за рахунок бюджетних коштів	тис.грн.	6566,64	8637,56	5518,17	131,5	63,9
30	Дебіторська заборгованість загального фонду (всього на кінець року)	тис.грн.	12,6	17,4	17,89	138,1	102,8

Загальна кількість ліжок протягом 2017–2019 років складає 300 од. Виконання ліжко днів складає: у 2017 році – 92158 од., у 2018 році – 92688 од. та у 2019 році – 85183 од. Середня кількість днів роботи ліжка складає: у 2017 році – 307,19 од., у 2018 році – 309,0 од. та у 2019 році – 284,0 од. Завантаженість ліжкового фонду протягом аналізованого періоду становить менше 100%, а саме: у 2017 році – 88,8%, у 2018 році – 89,3% та у 2019 році – 82,1%.

Кількість пролікованих хворих складає: у 2017 році – 5808 чол., у 2018 році – 5849 чол. та у 2019 році – 5499 чол.

Затверджені бюджетом видатки КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради складають: у 2017 році – 39995,2 тис.грн., у 2018 році – 47375,0 тис.грн. та у 2019 році – 49646,7 тис.грн. Фактично профінансовано у 2017 році – 38591,02 тис.грн., у 2018 році – 46342,98 тис.грн. та у 2019 році – 47057,23 тис.грн. Залучення позабюджетних коштів у 2017 році – 575,44 тис.грн., у 2018 році – 844,48 тис.грн. та у 2019 році – 456,44 тис.грн. Витрати на придбання обладнання всього складає у 2017 році – 2700,36 тис.грн., у 2018 році – 1337,17 тис.грн. та у 2019 році – 255713,82 тис.грн.

Кількість працюючих у КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради складає: у 2017 році – 307 чол., у 2018 році – 299 чол. та у 2019 році – 285 чол. Навантаження на 1 лікарську посаду ліжок у 2017 році – 20 од., у 2018 році – 20 од. та у 2019 році – 20 од.

Фонд заробітної плати становить у 2017 році – 17525,9 тис.грн., у 2018 році – 20793,1 тис.грн. та у 2019 році – 22775,94 тис.грн. Середньомісячна заробітна плата складає у 2017 році – 5708,76 грн., у 2018 році – 6954,21 грн. та у 2019 році – 7991,56 грн.

Вартість основних засобів на кінець року становить у 2017 році – 30087,8 тис.грн., у 2018 році – 41440,02 тис.грн. та у 2019 році – 208914,75 тис.грн.

Загальна площа будівель (споруд) складає у 2017 році – 18292,6 кв.м., у 2018 році – 18292,6 кв.м. та у 2019 році – 18292,6 кв.м. Площа здана в оренду становить у 2017 році – 520,9 кв.м., у 2018 році – 748,9 кв.м. та у 2019 році –

813,2 кв.м. Орендна плата нарахована у 2017 році – 234,0 тис.грн., у 2018 році – 245,3 тис.грн. та у 2019 році – 279,79 тис.грн. Отримано орендної плати у 2017 році – 226,9 тис.грн., у 2018 році – 251,0 тис.грн. та у 2019 році – 278,14 тис.грн. Заборгованість по орендній платі на кінець року: 2017 – 12,6 тис.грн., у 2018 – 6,9 тис.грн. та у 2019 – 5,86 тис.грн.

Кількість пільговиків (полікованих) 2017 році – 5454 чол., у 2018 році – 5450 чол. та у 2019 році – 5088 чол. Витрати на безкоштовне обслуговування одного пільговика у 2017 році – 6667,72 грн., у 2018 році – 7899,84 грн. та у 2019 році – 8617,75 грн.

Фінансова забезпеченість до потреби утримання 1-го хворого у 2017 році – 96,6%, у 2018 році – 97,82% та у 2019 році – 94,78%. Фінансова забезпеченість до потреби лікування 1-го хворого у 2017 році – 98,06%, у 2018 році – 93,81% та у 2019 році – 98,78%.

Вартість одного ліжка-дня у 2017 році – 418,75 грн., у 2018 році – 499,99 грн. та у 2019 році – 552,42 грн. Вартість одного ліжка-дня по медикаментах у 2017 році – 63,74 грн., у 2018 році – 67,03 грн. та у 2019 році – 81,8 грн. Вартість одного ліжка-дня по харчуванню у 2017 році – 51,82 грн., у 2018 році – 59,71 грн. та у 2019 році – 68,76 грн.

Фактичне споживання електроенергії у КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради є нижче норми. Так, споживання електроенергії по нормі у 2017 році – 520 тис.кВт, у 2018 році – 520 тис.кВт та у 2019 році – 650 тис.кВт. Фактично спожито госпіталем у 2017 році – 491,6 тис.кВт, у 2018 році – 498,86 тис.кВт та у 2019 році – 539 тис.кВт.

Споживання тепла у КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради по нормі становить 1700 гкал, а фактичне споживання: у 2017 році – 1659 гкал, у 2018 році – 1640,6 гкал та у 2019 році – 1839,7 гкал.

Капітальний ремонт: за рахунок бюджетних коштів становить у 2017 році – 6566,64 тис.грн., у 2018 році – 8637,56 тис.грн. та у 2019 році – 5518,17 тис.грн.

### 2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників та перспектив розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

Для більш детального аналізу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради розрахуємо основні техніко-економічні показники (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Темпи зміни, %	
		2017	2018	2019	2018/2017	2019/2018
1. Разом доходів	тис. грн.	45918,1	52931,6	24797,5	115,3	46,8
2. Разом витрат	тис. грн.	43897,9	46389,9	23881,6	105,7	51,5
3. Затверджені бюджетом видатки	тис. грн.	39995,2	47375,0	49646,7	118,5	104,8
4. Фактично профінансовано	тис. грн.	38591,02	46342,98	47057,23	120,1	101,5
5. Середньооблікова чисельність працюючих	чол.	307	299	285	97,4	95,3
6. Фонд оплати праці	тис. грн.	17525,9	20793,1	22775,94	118,6	109,5
7. Середньомісячна заробітна плата одного працівника	грн.	5708,76	6954,21	7991,56	121,8	114,9
8. Кількість ліжок	од.	300	300	300	100,0	100,0
9. Виконано ліжок днів	од.	92158	92688	85183	100,6	91,9
10. Середня кількість днів роботи ліжка	дні	307,19	309,0	284,0	100,6	91,9
11. Завантаженість ліжкового фонду	%	88,8	89,3	82,1	–	–
12. Кількість пролікованих хворих	чол.	5808	5849	5499	100,7	94,0
13. Середньорічна вартість основних засобів	тис. грн.	15642,4	24929,9	94421,6	159,4	378,7
14. Фондовіддача	грн.	2,9	2,1	0,3	72,3	12,4

Доходи та витрати КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років наведено на рисунку 2.11.

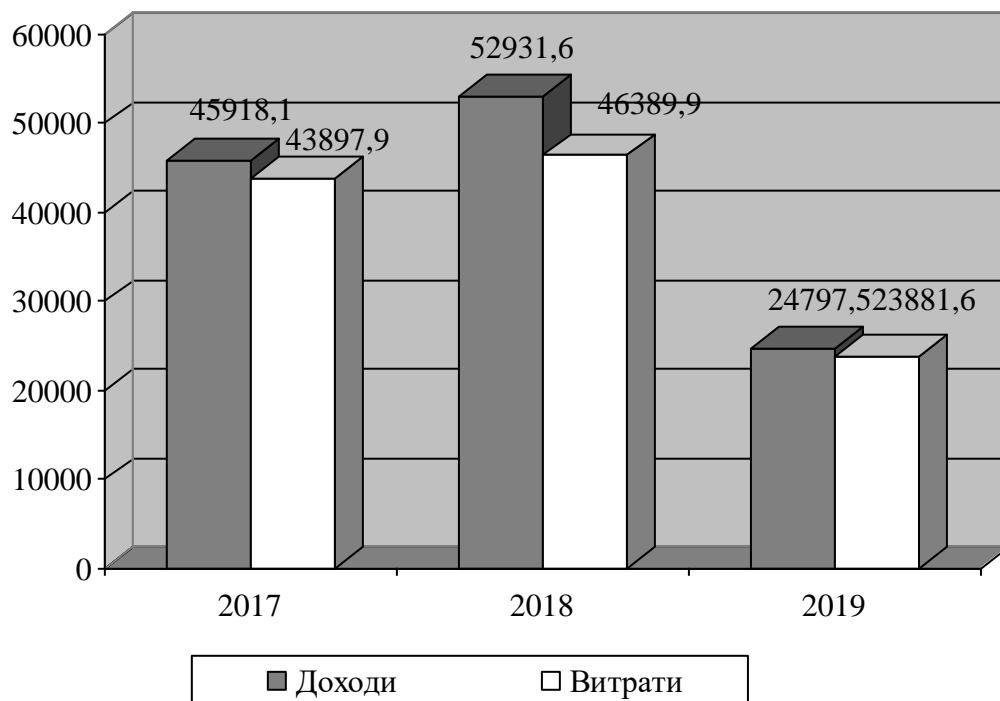


Рисунок 2.11 – Доходи та витрати КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років, тис.грн.

Загальні доходи КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради становили у 2017 році – 45918,1 тис.грн., у 2018 році – 8637,56 тис.грн. та у 2019 році – 24797,5 тис.грн. У 2018 році в порівнянні з 2017 роком відбулося зростання доходів на 15,3% та зменшення у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 53,2%.

Затверджені бюджетні видатки та фактично профінансовані видатки представлені на рисунку 2.12.

Затверджені бюджетом видатки на фіксування КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради з кожним роком зростають, а сам: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком відбулося зростання доходів на 18,5% та зменшення у 2019 році в порівнянні з 2018 роком

на 4,8%. І становлять у 2017 році – 39995,2 тис.грн., у 2018 році – 47375,0 тис.грн. та у 2019 році – 49646,7 тис.грн.

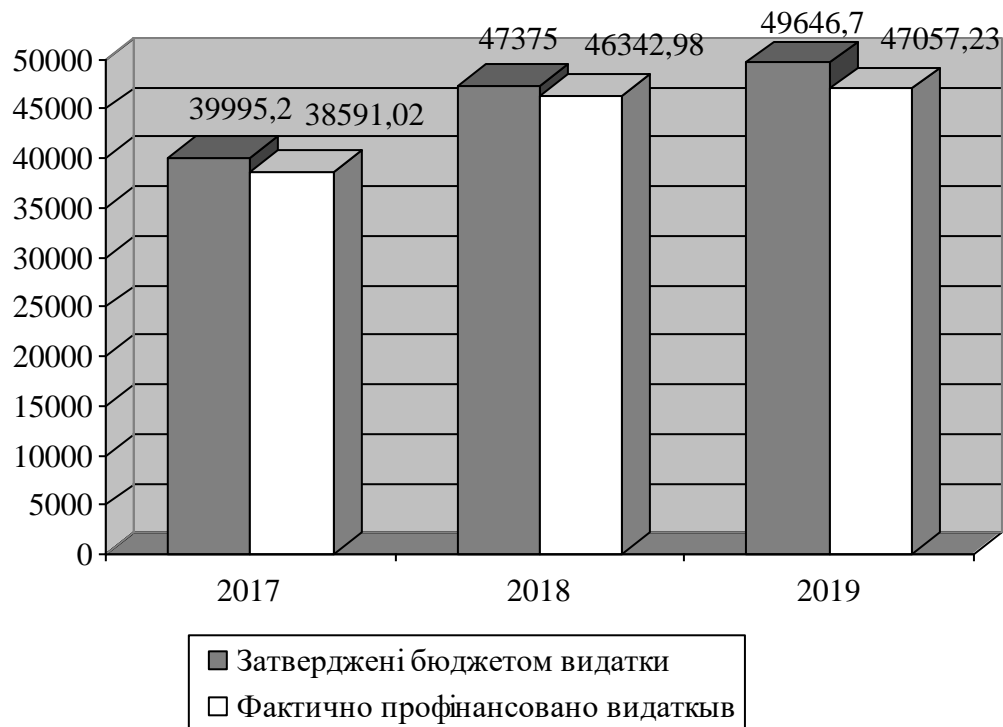


Рисунок 2.12 – Затверджені бюджетом видатки та фактично профінансовані КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років, тис.грн.

Фактично профінансовано менше, ніж затверджено видатків. Недофінансування становить у 2017 році – 1404,18 тис.грн., у 2018 році – 1032,02 тис.грн. та у 2019 році – 2589,47 тис.грн. Фактично профінансовані видатки за роками становлять: у 2017 році – 38591,02 тис.грн., у 2018 році – 46342,98 тис.грн. та у 2019 році – 47057,23 тис.грн. Середньооблікова чисельність працюючих з кожним роком скорочується: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком на 2,6% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 4,7%.

Фонд оплати праці КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2017–2019 роки наведено на рисунку 2.13. Фонд оплати праці та середньомісячна заробітна плата працівників КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради з кожним роком зростає. Так зростання фонду оплати праці становить у

2018 році в порівнянні з 2017 роком на 18,6% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 9,5%. Відбувається зростання середньомісячної заробітної плати у 2018 році в порівнянні з 2017 роком на 21,8% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 14,9%.

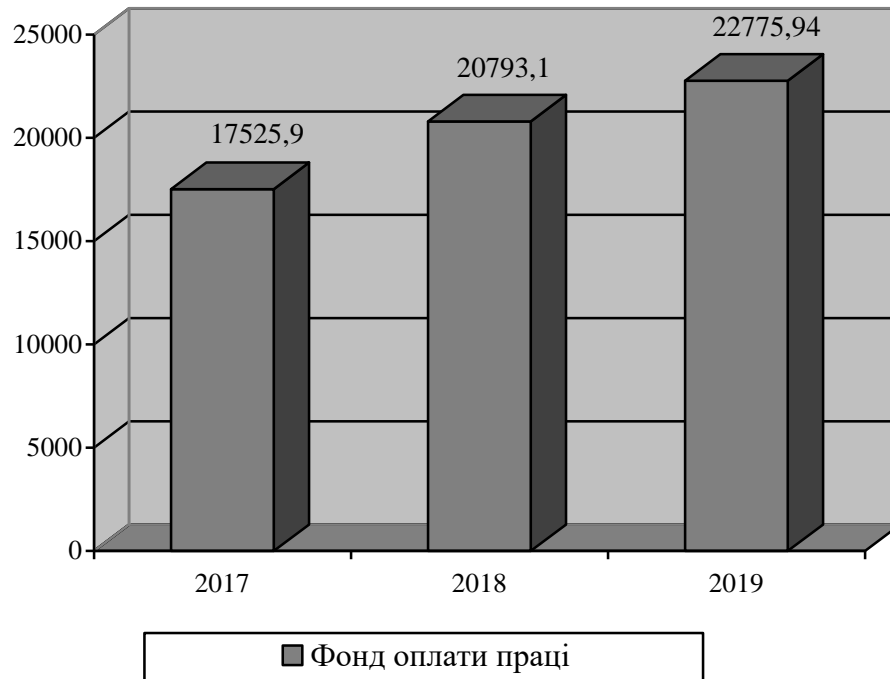


Рисунок 2.13 – Фонд оплати праці КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років, тис.грн.

Середньорічна вартість основних засобів КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради становить у 2017 році – 15642,4 тис.грн., у 2018 році – 24929,9 тис.грн. та у 2019 році – 94421,6 тис.грн. Фондовіддача склала у 2017 році – 2,9 грн., у 2018 році – 2,1 грн. та у 2019 році – 0,3 грн.

Для визначення ефективності управління КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради необхідно провести аналіз його фінансового стану на основі даних звітності. Початкові дані для проведення вертикального та горизонтального аналізу балансу наведено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Початкові дані балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2017–2019 роки, тис.грн.

Показник	Рік		
	2017	2018	2019
<b>Актив</b>			
Нематеріальні активи	23,9	23,9	23,9
Незавершені капітальні інвестиції	1213,2	8263,0	10999,0
Основні засоби	15642,4	24929,9	94421,6
Запаси	4508,9	5928,3	6389,0
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	56,4	62,8	1247,3
Дебіторська заборгованість за розрахунками	15,2	0	0
Гроші та їх еквіваленти	75,1	224,7	72,2
Баланс	21535,1	39432,6	113153,0
<b>Пасив</b>			
Власний капітал	15582,2	20730,0	0
Резервний капітал	0	0	100869,6
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	0	0	915,9
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	5868,4	18615,4	11302,0
Поточні зобов'язання за платежами до бюджету	3,0	0	7,8
Поточні зобов'язання за розрахунками з оплати праці	12,2	0	57,7
Поточні зобов'язання за внутрішніми розрахунками	69,3	87,2	0
Баланс	21535,1	39432,6	113153,0

Динаміку активу і пасиву балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років наведено на рисунку 2.14 та 2.15. Підсумок балансу у 2017 році становить 21535,1 тис.грн., у 2018 році – 39432,6 тис.грн., у 2019 році – 113153,0 тис.грн. Найбільшу питому вагу у структурі активу балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради припадає на основні засоби, а сам: у 2017 році – 4508,9 тис.грн., у 2018 році – 5928,3 тис.грн., у 2019 році – 94421,6 тис.грн., а у структурі пасиву на довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення: у 2017 році – 5868,4 тис.грн., у 2018 році – 18615,4 тис.грн., у 2019 році – 11302,0 тис.грн.

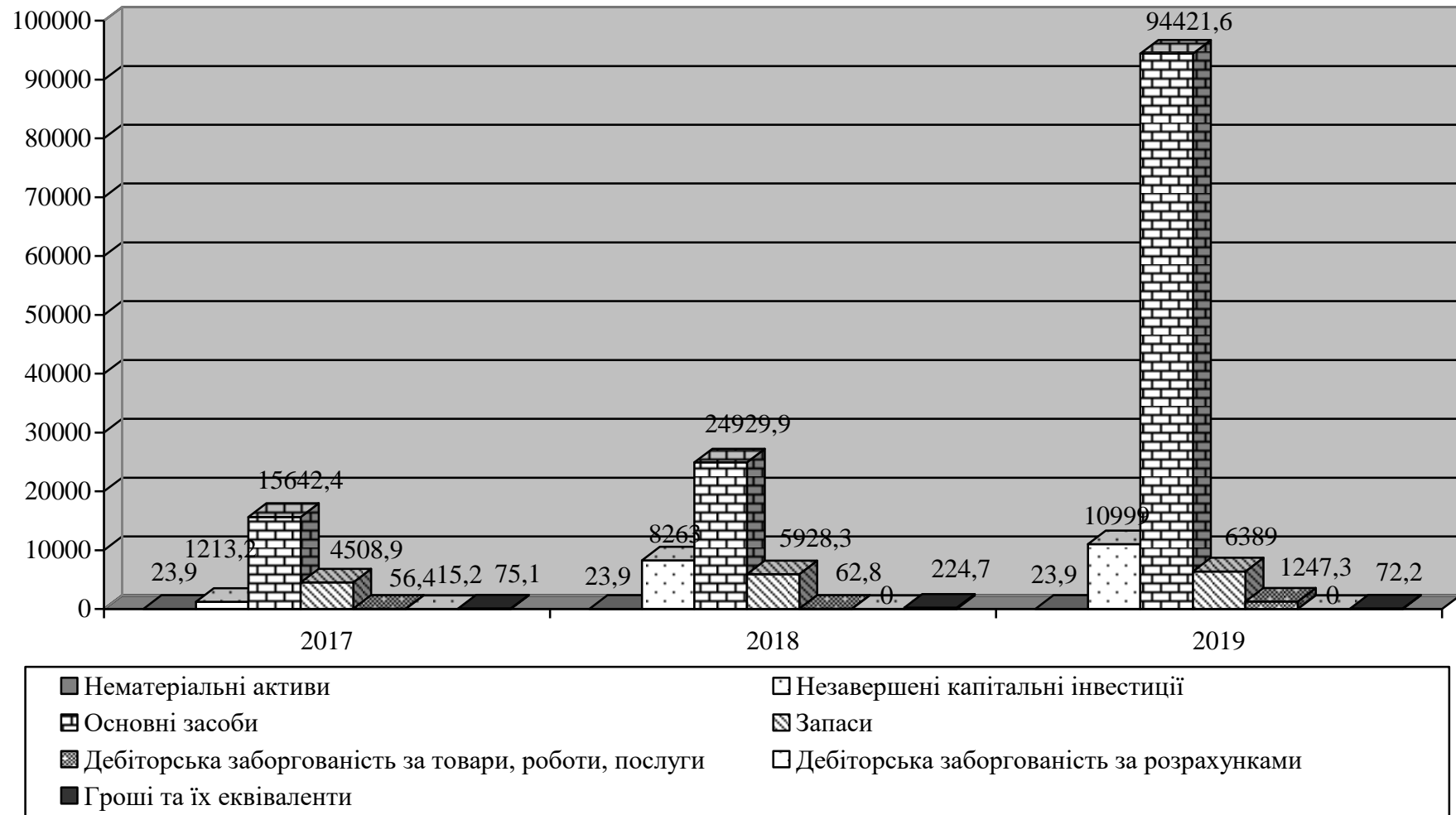


Рисунок 2.14 – Динаміка активу балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років

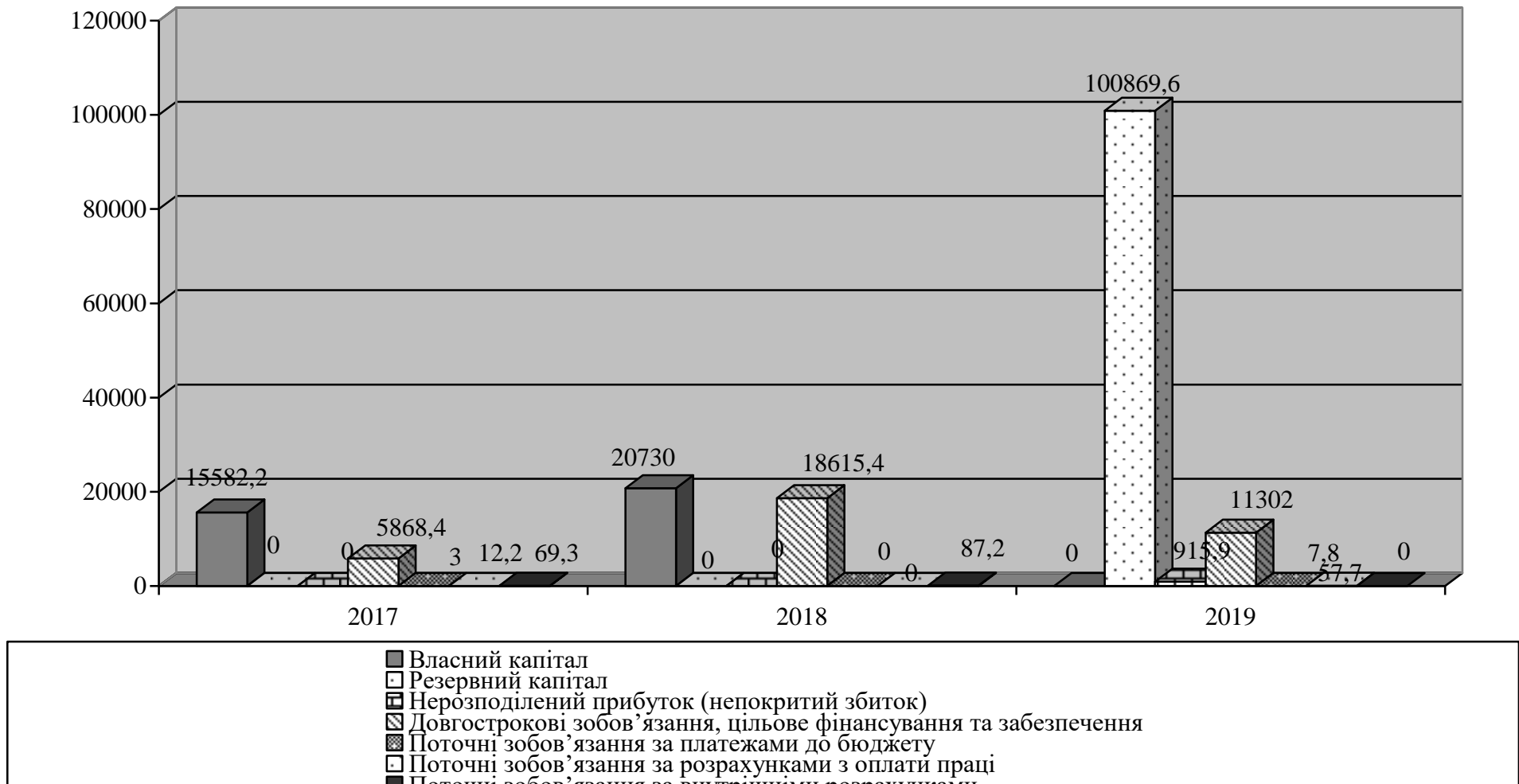


Рисунок 2.15 – Динаміка пасиву балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років

Далі проведемо горизонтальний аналіз балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, який закладається у порівнянні базових показників з показниками попереднього періоду. Порівняння здійснюється в абсолютних та відносних величинах (табл. 2.7).

Таблиця 2.7 – Горизонтальний аналіз балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2017–2019 роки

Показник	Зміна			
	Абсолютна 2018 до 2017, грн.	Відносна, % 2018 до 2017	Абсолютна 2019 до 2018, грн.	Відносна, % 2019 до 2018
<b>Актив</b>				
Нематеріальні активи	0	100,0	0	100,0
Незавершені капітальні інвестиції	7049,8	681,1	2736,0	133,1
Основні засоби	9287,5	159,4	69491,7	378,7
Запаси	1419,4	131,5	460,7	107,8
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	6,4	111,3	1184,5	1986,1
Дебіторська заборгованість за розрахунками	-15,2	0	0	–
Гроші та їх еквіваленти	149,6	299,2	-152,5	32,1
Баланс	17897,5	183,1	73720,4	287,0
<b>Пасив</b>				
Власний капітал	5147,8	133,0	-20730,0	0
Резервний капітал	0	–	100869,6	–
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	0	–	915,9	–
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	12747,0	317,2	-7313,4	60,7
Поточні зобов'язання за платежами до бюджету	-3,0	0	7,8	–
Поточні зобов'язання за розрахунками з оплати праці	-12,2	0	57,7	–
Поточні зобов'язання за внутрішніми розрахунками	17,9	125,8	-87,2	0
Баланс	17897,5	183,1	73720,4	287,0

Дані таблиця свідчать про зростання в активі балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради:

1) нематеріальні активи протягом аналізованого періоду залишаються незмінними, і становлять 23,9 тис.грн.

2) незавершені капітальні інвестиції з кожним роком зростають: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком – 681,1 % та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 133,1%, і становлять у 2017 році – 1213,2 тис.грн., у 2018 році – 8263,0 тис.грн. та у 2019 році – 10999,0 тис.грн.;

3) основні засоби з кожним роком зростають: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком – 159,4% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 378,7%, і становлять у 2017 році – 15642,4 тис.грн., у 2018 році – 24929,9 тис.грн. та у 2019 році – 94421,6 тис.грн.;

4) дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги з кожним роком зростає: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком – 111,3% та у 2019 році в порівнянні з 2018 – 1986,1%, і становлять у 2017 році – 56,4 тис.грн., у 2018 році – 62,8 тис.грн. та у 2019 році – 1247,3 тис.грн.;

5) дебіторська заборгованість за розрахунками у 2018 та 2019 роках становлять 0 тис.грн. Лише у 2017 році становлять 15,2 тис.грн.;

6) гроші та їх еквіваленти у 2018 році зменшилися у порівнянні з 2017 роком та зростають у 2019 році в порівнянні з 2018 роком: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком – 299,2% та у 2019 році в порівнянні з 2018 – 32,1%, і становлять у 2017 році – 75,1 тис.грн., у 2018 році – 224,7 тис.грн. та у 2019 році – 72,2 тис.грн.

У пасиві балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом аналізованого періоду відбулися наступні зміни:

1) власний капітал зростає у 2018 році в порівнянні з 2017 роком, а у 2019 році становлять 0 тис.грн., у 2018 році в порівнянні з 2017 роком – 133,0%, і

становлять у 2017 році – 15582,2 тис.грн., у 2018 році – 20730,0 тис.грн. та у 2019 році – 0 тис.грн.;

2) резервний капітал у балансі госпіталю був відсутній у 2017 та 2018 роках, і отже, значно зростає у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 100869,6 тис.грн.;

3) нерозподілений прибуток (непокритий збиток) у балансі госпіталю був відсутній у 2017 та 2018 роках, і отже, значно зростає у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 915,9 тис.грн.;

4) довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення у 2018 році в порівнянні з 2017 роком зростає – 317,2% та зменшується у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 60,7%, і становлять у 2017 році – 5868,4 тис.грн., у 2018 році – 18615,4 тис.грн. та у 2019 році – 11302,0 тис.грн.;

5) поточна зобов'язання за платежами до бюджету у 2018 році в порівнянні з 2017 роком зменшуються на 3,0 тис.грн. та зростають у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 7,8 тис.грн., і становлять у 2017 році – 3,0 тис.грн., у 2018 році – 0 тис.грн. та у 2019 році – 7,8 тис.грн.;

б) поточна зобов'язання за розрахунками з оплати праці у 2018 році в порівнянні з 2017 роком зменшуються на 12,2 тис.грн. та зростають у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 57,7 тис.грн., і становлять у 2017 році – 12,0 тис.грн., у 2018 році – 0 тис.грн. та у 2019 році – 57,7 тис.грн.;

7) поточна зобов'язання за внутрішніми розрахунками у 2018 році в порівнянні з 2017 роком зростають на 17,9 тис.грн. та зменшуються у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 87,2 тис.грн., і становлять у 2017 році – 69,3 тис.грн., у 2018 році – 87,2 тис.грн. та у 2019 році – 0 тис.грн.

Загальний підсумок балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017-2019 років зростають, у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 183,1% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком – 287,0%.

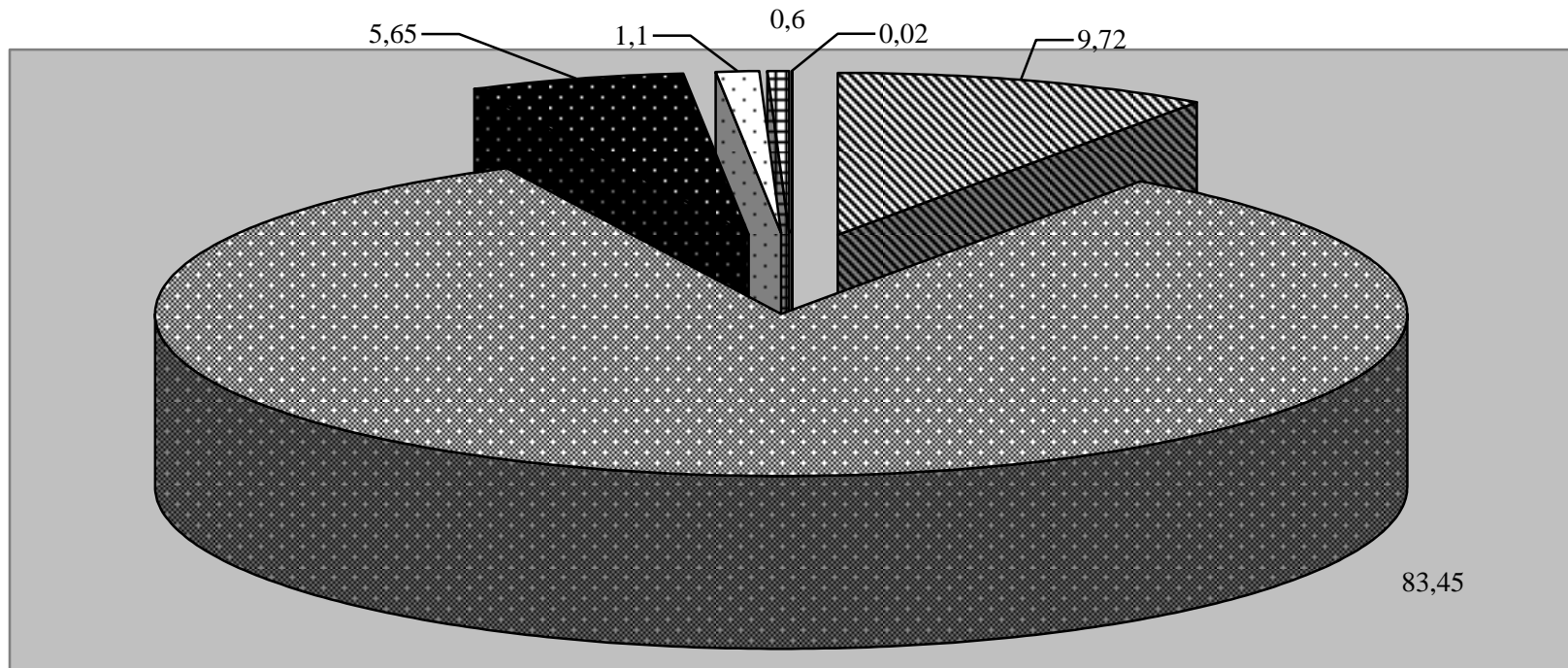
Наступним кроком при проведенні аналізу балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради є

вертикальний аналіз балансу, який показує питому вагу статей балансу у загальному його підсумку. Вертикальний аналіз балансу наведено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 – Вертикальний аналіз КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради за 2017–2019 роки

Показник	Питома вага показника, %			Зміна питомої ваги показника	
	2017	2018	2019	2018 - 2017	2019 - 2018
1	2	3	4	5	6
<b>Актив</b>					
Нематеріальні активи	0,11	0,06	0,02	-0,05	-0,04
Незавершені капітальні інвестиції	5,63	20,95	9,72	15,32	-11,23
Основні засоби	72,64	63,22	83,45	-9,42	20,22
Запаси	20,94	15,03	5,65	-5,90	-9,39
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	0,26	0,16	1,1	-0,1	0,94
Дебіторська заборгованість за розрахунками	0,07	0	0	-0,07	0
Гроші та їх еквіваленти	0,35	0,57	0,06	0,22	-0,51
Баланс	100,0	100,0	100,0	0	0
<b>Пасив</b>					
Власний капітал	72,36	52,57	0	-19,79	-52,57
Резервний капітал	0	0	89,14	0	89,14
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	0	0	0,81	0	0,81
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	27,25	47,21	9,99	19,96	-37,22
Поточні зобов'язання за платежами до бюджету	0,01	0	0,01	-0,01	0,01
Поточні зобов'язання за розрахунками з оплати праці	0,06	0	0,05	-0,06	0,05
Поточні зобов'язання за внутрішніми розрахунками	0,32	0,22	0	-0,10	-0,22
Баланс	100,0	100,0	100,0	0	0

Питому вагу окремих статей активу балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради наведено на рисунку 2.16 і пасиву балансу на рисунку 2.17.



□ Нематеріальні активи	▨ Незавершені капітальні інвестиції
▣ Основні засоби	■ Запаси
□ Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	▤ Гроші та їх еквіваленти

Рисунок 2.16 – Питома вага статей активу балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради у 2019 році

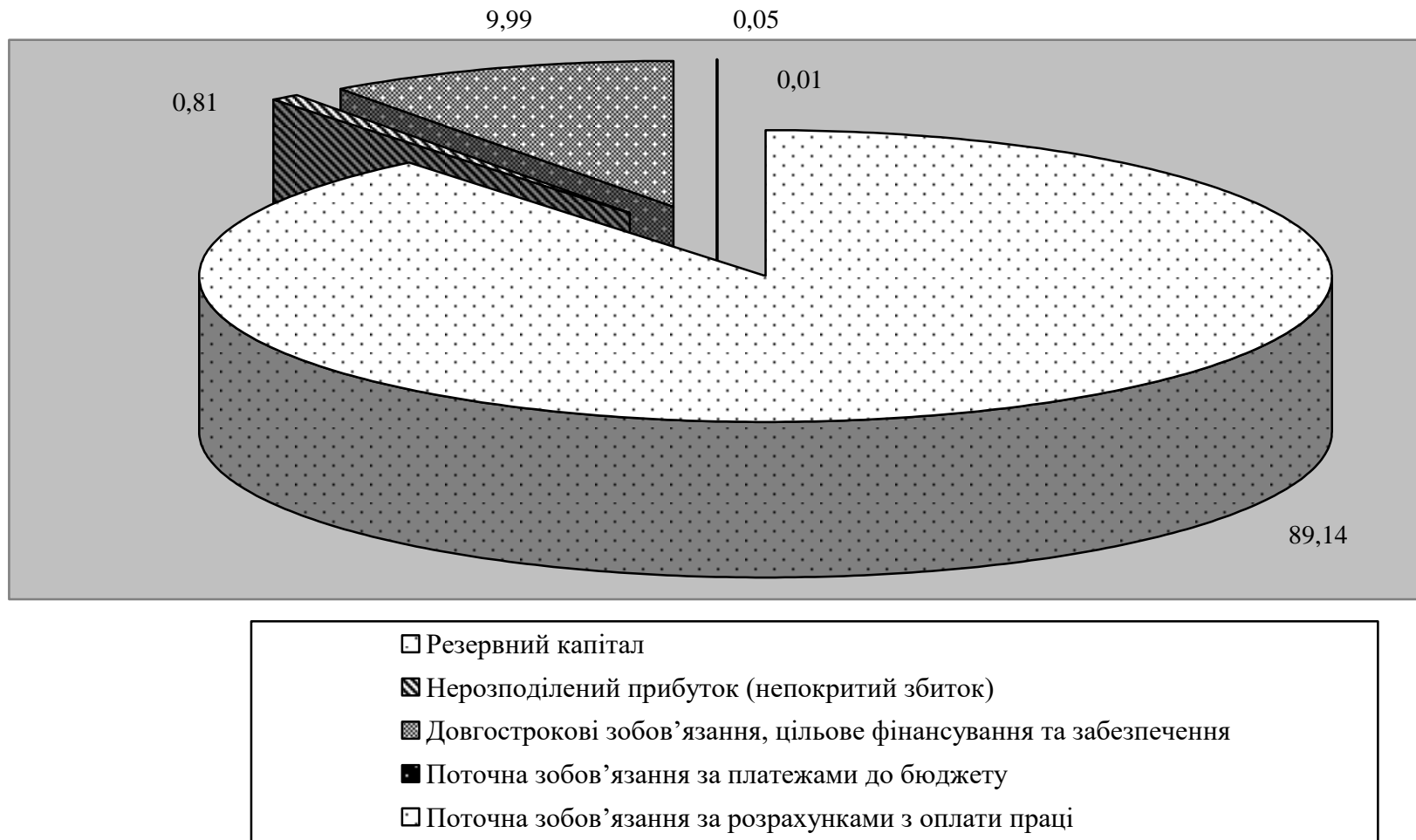


Рисунок 2.17 – Питома вага статей пасиву балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради у 2019 році

За даними наведеними в таблиці 2.13 можна зробити висновок, що найбільшу питому вагу в активі балансу у 2019 році належать основним засобам – 83,45% та незавершені капітальні інвестиції – 9,72%. А найменшу питому вагу: дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги – 1,1%, гроші та їх еквіваленти – 0,06% та нематеріальні активи – 0,02.

Що ж стосується пасиву балансу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, то тут найбільша питома вага у 2019 році належить резервному капіталу – 89,14% та довгостроковим зобов'язанням, цільовому фінансуванню та забезпеченню – 9,99%. Найменша питома вага припадає на нерозподілений прибуток (непокритий збиток) – 0,81%, поточні зобов'язання за розрахунками з оплати праці – 0,05% та поточні зобов'язання за платежами до бюджету – 0,01%.

## Висновки до розділу 2

Державні витрати на охорону здоров'я в Україні на душу населення в реальній гривні 2018 року та в доларах США є найбільшими у 2014 та 2018 роках – у 2014 році – 101 дол.США або 2744 грн., а у 2018 році – 100 дол.США або 2732 грн. Відбувається зростання видатків на первинну медичну допомогу, так протягом останніх трьох років витрати на первинну медичну допомогу були більше 10%, а саме у 2017 році – 10,6%, 2018 році – 11,5% та 2019 році – 14,6%.

Соціологічною групою Рейтинг була проведена оцінка медичної сфери з вибіркою населення України віком від 18 років і старші в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу, а також: за віком, статтю, типом поселення. Більшість респондентів зовсім не задоволені проведенням медичної реформи або скоріше не задоволені, а саме зовсім не задоволені: захід – 32%, південь – 43%, центр – 43%, схід – 54%, скоріше не задоволені: захід – 25%, південь – 26%, центр – 21%, схід – 17%. Цілком задоволених респондентів

дуже маленький відсоток у всіх регіонах України, а саме: захід – 4%, південь – 3%, центр – 2%, схід – 1%. Якщо подивитися на наведені представлені групою Рейтинг, то більше 80% у всіх регіонах вважають, що не варто проводити реформу у такому вигляді як вона є. Це є серйозним сигналом для чиновників, і підставою внесення корективів та змін в стратегію реалізації реформи та її змістове наповнення. Недосконалість медичної реформи та виклики спричинені COVID-19 актуалізують питання розвитку окремих закладів охорони здоров'я.

КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради розташований в Хмельницькому районі. Діяльність організації була започаткована як лікувальний заклад для ветеранів Великої Вітчизняної війни та праці у 1991 році, а у 1993 році став профільним лише для ветеранів війни. У 2019 році його реорганізовано у комунальне некомерційне підприємство «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

Загальні доходи КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради становили у 2017 році – 45918,1 тис.грн., у 2018 році – 8637,56 тис.грн. та у 2019 році – 24797,5 тис.грн. Затверджені бюджетом видатки на фіксування госпіталю з кожним роком зростають, і становлять у 2017 році – 39995,2 тис.грн., у 2018 році – 47375,0 тис.грн. та у 2019 році – 49646,7 тис.грн. Фактично профінансовано менше, ніж затверджено видатків. Недофінансування становить у 2017 році – 1404,18 тис.грн., у 2018 році – 1032,02 тис.грн. та у 2019 році – 2589,47 тис.грн. Середньооблікова чисельність працюючих з кожним роком скорочується: у 2018 році в порівнянні з 2017 роком на 2,6% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 4,7%. Відбувається зростання середньомісячної заробітної плати працівників госпіталю у 2018 році в порівнянні з 2017 роком на 21,8% та у 2019 році в порівнянні з 2018 роком на 14,9%.

### 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВETERANІВ ВІЙНИ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

#### 3.1 Рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

Вибір стратегії розвитку закладу охорони здоров'я потребує проходження певних етапів, що передують розробці та реалізації ефективної стратегії. Перелік етапів є стандартним, і включає наступні кроки (рис. 3.1) [52, с. 27]:

а) підготовка до стратегічного планування у КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради:

1) оцінка готовності до розроблення стратегічного плану госпіталю;  
2) створення робочої групи з розроблення стратегії госпіталю та затвердження положення щодо її роботи;

3) розроблення та узгодження структури стратегії та плану подальших дій госпіталю;

б) аналіз поточного стану системи охорони здоров'я та госпіталю:

1) визначення зацікавлених сторін та аналіз необхідності їх залучення на різних етапах роботи госпіталю;

2) збір та аналіз статистичної інформації щодо динаміки та особливостей стану медичного обслуговування в госпіталі, доступу та задоволеності послугами;

3) збір та аналіз інформації щодо стратегій, програм, проектів;

4) аналіз фінансово-економічних показників діяльності госпіталю;

5) збір додаткової інформації щодо діяльності госпіталю за потреби;

в) розроблення стратегії розвитку госпіталю:

1) обговорення цінностей;

## 2) визначення стратегічного бачення майбутнього (візії);



Рисунок 3.1 – Етапи стратегічного планування\*

\* сформовано автором за [52, с. 27–28]

## 3) визначення місії;

- 4) проведення SWOT-аналізу з використанням даних, зібраних на етапі II;
- 5) визначення стратегічних напрямків, цілей і завдань;
- б) розроблення імплементаційного плану – стратегій/шляхів, якими можна розв'язати завдання, та способів їх виконання, виконавців, термінів, обсягів та джерел фінансування, індикатори виконання й очікувані результати;
  - г) обговорення та затвердження стратегії:
    - 1) широкі громадські обговорення стратегії;
    - 2) доопрацювання стратегії, згідно з результатами обговорень і пропозицій;
    - 3) затвердження стратегії розвитку керівництвом закладу;
    - 4) комунікація стратегії;
  - д) реалізація стратегії:
    - 1) розроблення детального операційного плану;
    - 2) перегляд організаційної структури, відповідно до стратегії;
    - 3) розроблення плану моніторингу та оцінки;
  - е) моніторинг та оцінка:
    - 1) моніторинг реалізації стратегії;
    - 2) оцінка ефективності реалізації стратегії.

Для початку визначимо завдання, цілі та умови реалізації стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, що графічно зображено на рисунку 3.2.

На наведеному рисунку необхідними умовами для формування та реалізації стратегії госпіталю необхідне достатнє ресурсне забезпечення та гнучкість управлінських рішень при реалізації стратегії. Основними цілями при реалізації стратегії розвитку у КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради є: підвищення рівня задоволеності клієнтів (хворих, що лікуються у госпіталі), покращення якості медичної допомоги, підвищення керованості закладу та орієнтованість на втілення стратегії розвитку. Основні завдання, що стоять перед госпіталем: покращення якості надання медичної допомоги, покращення якості профілактичної роботи, покращення умов надання

медичної допомоги, створення системи клієнтського сервісу та його впровадження, закупівля обладнання.



Рисунок 3.2 – Завдання, цілі та умови реалізації стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

При реалізації стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради повинні бути задіяні усі підрозділи. А типова стратегічна карта для госпіталю повинна включати мету та основні завдання, систему стратегічних задач, що включає різні види діяльності (лікувально-діагностичну діяльність, економіку і фінанси, платні послуги) та забезпечення і підтримку діяльності закладу та реалізації стратегії розвитку.

Типову стратегічну карту для КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради наведено на рисунку 3.3.

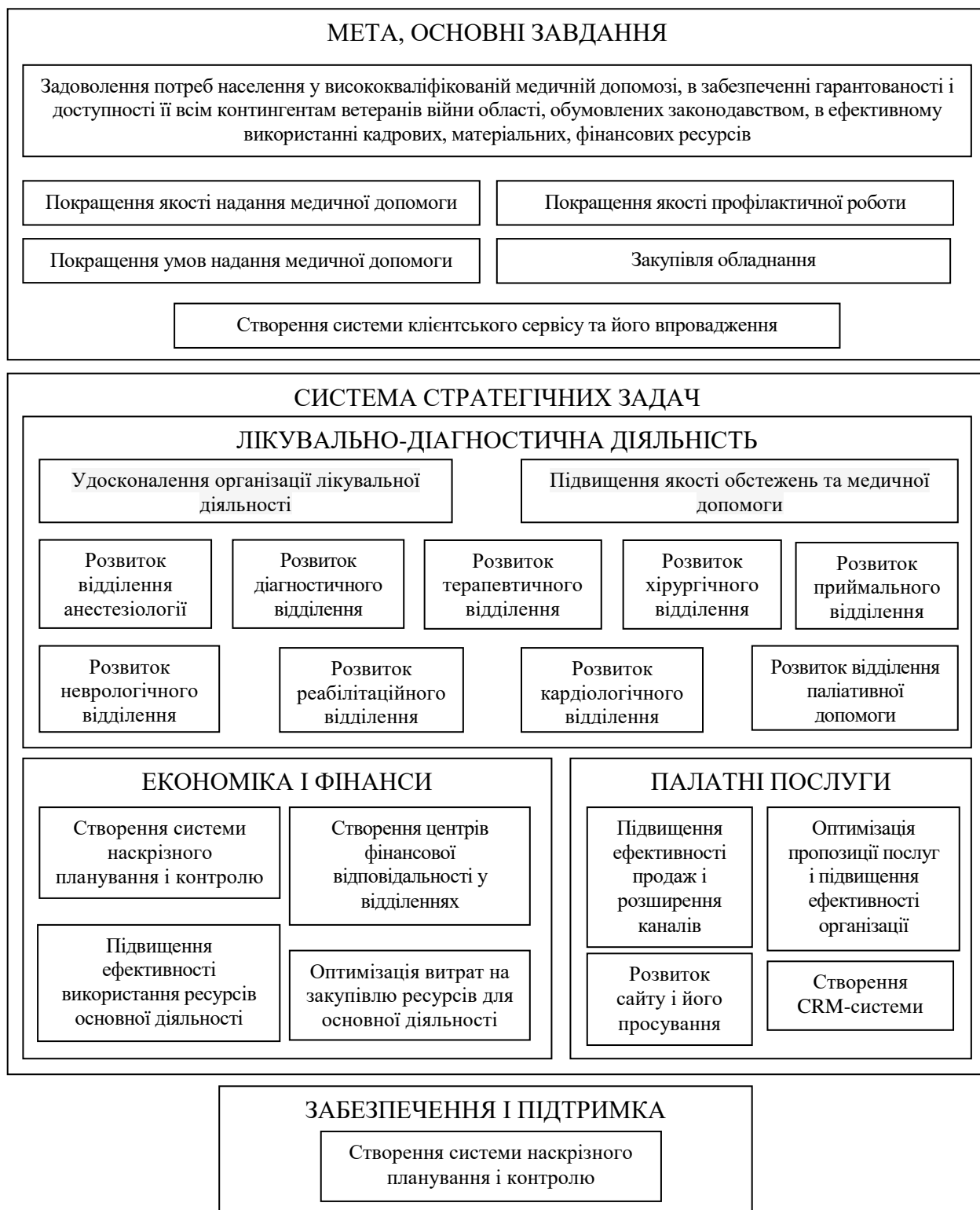


Рисунок 3.3 – Типова стратегічна карта для КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради\*

\* сформовано автором з використанням [39, с. 31]

Аналіз поточного стану системи охорони здоров'я України та задоволеність проведенням медичної реформи наведено у підрозділі 2.1. Історія розвитку, аналіз основної діяльності та основних техніко-економічних показників, визначення перспектив розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради проведено у підрозділі 2.2. Цей аналіз передувє проведенню SWOT-аналізу КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

В подальшому, проведемо SWOT-аналіз КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради з виділенням потенційних внутрішніх сильних сторін госпіталю (S) та потенційних внутрішніх слабких сторін госпіталю (W). А також, проведемо аналіз потенційних зовнішніх сприятливих можливостей госпіталю (O) та потенційних зовнішніх загроз (T). В подальшому формується SWOT матриця, візуально елементи SWOT матриці наведено на рисунку 3.4.

S.W.O.T. МАТРИЦЯ	СИЛЬНІ СТОРОНИ S  Перелік сильних сторін	СЛАБКІ СТОРОНИ W  Перелік слабких сторін
МОЖЛИВОСТІ O  Перелік можливостей	Стратегія «Сильні сторони-Можливості» S-O  Використайте сильні сторони, щоб скористатися перевагами можливостей	Стратегія «Слабкі сторони-Можливості» W-O  Подолайте слабкі сторони використовуючи переваги можливостей
ЗАГРОЗИ T  Перелік загроз	Стратегія «Сильні сторони-Загрози» S-T  Використовуйте сильні сторони, щоб уникнути/знешкодити вплив загроз	Стратегія «Слабкі сторони – Загрози» W-T  Ризик. Необхідний сценарій для зменшення чутливості впливу загроз і мінімізації слабких сторін

Рисунок 3.4 – Елементи SWOT матриці

Для КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни»

Хмельницької обласної ради побудуємо SWOT матрицю на рисунку 3.5.

<p style="text-align: center;"><b>S.W.O.T. МАТРИЦЯ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ГОСПІТАЛЮ ВETERANІВ ВІЙНИ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ</b></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>СИЛЬНІ СТОРОНИ S</u></b></p> <p><b>S 1.</b> Достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичних працівників</p> <p><b>S 2.</b> Нові підходи фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до медичної субвенції</p> <p><b>S 3.</b> Співпраця відділень госпіталю з науково – дослідними медичними установами</p> <p><b>S 4.</b> Впровадження стандартів якості, локальних протоколів</p> <p><b>S 5.</b> Впровадження нових методів, що сприяють своєчасній діагностиці захворювань</p> <p><b>S 6.</b> Наявність найсучаснішого обладнання для проведення лікувально-реабілітаційних заходів</p> <p><b>S 7.</b> Закупівля діагностичного обладнання</p> <p><b>S 8.</b> Наявність системи післядипломної підготовки медичних працівників</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>СЛАБКІ СТОРОНИ W</u></b></p> <p><b>W 1.</b> Помірний рівень клієнтського сервісу</p> <p><b>W 2.</b> Відсутня фінансова система мотивації персоналу</p> <p><b>W 3.</b> Недофінансування госпіталю щодо затверджених бюджетом видатків</p> <p><b>W 4.</b> Несвоєчасна поставка ліків (вакцин)</p> <p><b>W 5.</b> Більшість лабораторних аналізів робиться вручну</p> <p><b>W 6.</b> Недостатній розвиток інфраструктури</p> <p><b>W 7.</b> Існування певних недоліків у розподілі ліжкового фонду</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>МОЖЛИВОСТІ O</u></b></p> <p><b>O 1.</b> Розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я</p> <p><b>O 2.</b> Державний характер охорони здоров'я</p> <p><b>O 3.</b> Децентралізація повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги</p> <p><b>O 4.</b> Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників</p> <p><b>O 5.</b> Використання досвіду інших країн</p> <p><b>O 6.</b> Використання потенціалу державно-приватного партнерства</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Стратегія «Сильні сторони- Можливості» S-O</u></b></p> <p style="text-align: center;">S 1 – O 1 S 1 – O 4 S 2 – O 2 S 3 – O 5 S 3 – O 6 S 4 – O 5 S 5 – O 5 S 5 – O 6 S 6 – O 6 S 7 – O 3 S 8 – O 2</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Стратегія «Слабкі сторони-Можливості» W-O</u></b></p> <p style="text-align: center;">W 1 – O 1 W 2 – O 4 W 3 – O 6 W 4 – O 3 W 4 – O 6 W 5 – O 1 W 5 – O 5 W 6 – O 2 W 7 – O 5</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>ЗАГРОЗИ T</u></b></p> <p><b>T 1.</b> Конкуренція з боку приватних центрів у місті</p> <p><b>T 2.</b> Несприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення</p> <p><b>T 3.</b> Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я</p> <p><b>T 4.</b> Низький рівень оплати праці медичних працівників</p> <p><b>T 5.</b> Брак коштів на капітальні видатки в галузі</p> <p><b>T 6.</b> Наслідки військових дій на території України</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Стратегія «Сильні сторони- Загрози» S-T</u></b></p> <p style="text-align: center;">S 1 – T 1 S 1 – T 2 S 2 – T 3 S 2 – T 4 S 3 – T 1 S 4 – T 2 S 5 – T 1 S 5 – T 6 S 6 – T 5 S 7 – T 3 S 8 – T 1</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Стратегія «Слабкі сторони – Загрози» W-T</u></b></p> <p style="text-align: center;">W 1 – T 1 W 2 – T 5 W 2 – T 1 W 3 – T 3 W 4 – T 2 W 4 – T 4 W 5 – T 1 W 6 – T 2 W 6 – T 6 W 7 – T 1</p>

Рисунок 3.5 – SWOT матриця КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

При аналізі стану КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради із застосуванням SWOT матриці виявлено основні сильні і слабкі сторони госпіталю, які потребують подальшого зміцнення.

До сильних сторін КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради віднесено:

S 1. Достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичних працівників.

S 2. Нові підходи фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до медичної субвенції.

S 3. Співпраця відділень госпіталю з науково – дослідними медичними установами.

S 4. Впровадження стандартів якості, локальних протоколів.

S 5. Впровадження нових методів, що сприяють своєчасній діагностиці захворювань.

S 6. Наявність найсучаснішого обладнання для проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

S 7. Закупівля діагностичного обладнання.

S 8. Наявність системи післядипломної підготовки медичних працівників.

До слабких сторін КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради належать:

W 1. Помірний рівень клієнтського сервісу.

W 2. Відсутня фінансова система мотивації персоналу.

W 3. Недофінансування госпіталю щодо затверджених бюджетом видатків.

W 4. Несвоєчасна поставка ліків (вакцин).

W 5. Більшість лабораторних аналізів робиться вручну.

W 6. Недостатній розвиток інфраструктури.

W 7. Існування певних недоліків у розподілі ліжкового фонду.

Окрім проведеного аналізу діяльності КНП «Хмельницького обласного

госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради та виділення сильних і слабких сторін, проведено аналіз зовнішнього середовища та виділено потенційні можливості та загрози.

До потенційних можливостей КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради віднесено:

- О 1. Розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я.
- О 2. Державний характер охорони здоров'я.
- О 3. Децентралізація повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги.
- О 4. Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників.
- О 5. Використання досвіду інших країн.
- О 6. Використання потенціалу державно-приватного партнерства.

До потенційних загроз КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради віднесено:

- Т 1. Конкуренція з боку приватних центрів у місті.
- Т 2. Неприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення .
- Т 3. Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я.
- Т 4. Низький рівень оплати праці медичних працівників.
- Т 5. Брак коштів на капітальні видатки в галузі.
- Т 6. Наслідки військових дій на території України.

У SWOT матриця КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради (рис. 3.5) представлено 4 види стратегій, а саме: стратегія «Сильні сторони-Можливості» S-O, стратегія «Слабкі сторони-Можливості» W-O, стратегія «Сильні сторони-Загрози» S-T та стратегія «Слабкі сторони-Можливості» W-O.

Стратегія розвитку може бути різною, і при її виборі слід зважати на кількість комбінацій стратегій для КНП «Хмельницький обласний госпіталь

ветеранів війни» Хмельницької обласної ради. На сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації, оскільки в умовах дестабілізації всієї медичної сфери саме така стратегія дозволить зберегти висококваліфікований колектив і подолати негативні прояви пандемії.

### 3.2 Розвиток КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради на основі впровадження сучасних медичних технологій

Сучасні тенденції розвитку технологій у всіх сферах життя суспільства є об'єктивною реальністю. Не виключенням є і медична сфера, оскільки інновації саме у вищезазначеній сфері суттєво впливають на рівень життя населення і його якість, а особливе значення для економіки країни має кількість працездатних осіб без порушень, що призводять до втрати працездатності.

У зв'язку з активним реформуванням системи охорони здоров'я і реструктуризацією більшості лікарняних закладів актуальним залишається питання раціоналізації використання ліжкового фонду спеціалізованих ліжок, до яких відносяться і урологічні, оскільки, надзвичайно високий рівень захворюваності населення патологією сечостатевої системи збільшує потребу в госпіталізації таких хворих, оперативному втручанні, застосуванні різних методів сучасної діагностики та лікування хвороб.

Не дивлячись на певні негативні тенденції у розвитку КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, необхідно розвивати всі напрямки роботи такого закладу, у тому числі і урологію.

Основними задачами фахівців-урологів є проведення консультацій, надання кваліфікованої лікувальної та діагностичної допомоги пацієнтам з

відповідними захворюваннями, профілактика розвитку захворювань сечостатевої системи.

Сучасне обладнання для урології дозволяє зробити лікування більшості захворювань сечостатевої системи значно ефективнішим і безпечним для пацієнта. Такі технології мають низку переваг. Важливими особливостями апаратів, які використовуються в урології, є:

- а) достатньо якісна візуалізація і гранична точність;
- б) реальна можливість проводити лікування, не порушуючи цілісність тканин;
- в) суттєве скорочення періоду реабілітації.

Зазначимо, що більшість приладів, що застосовуються в урології, мають вбудовані програми для лікування і можливість записувати власні протоколи. Такі прилади значно полегшують роботу лікаря і роблять лікування менш травматичним для пацієнта. Використовуючи спеціальну апаратуру для підвищення якості діагностики та лікувальних процедур, можна досягти вражаючих результатів. Так, для якісного проведення лікування сечокам'яної хвороби, доцільно використовувати найновітніші методики, до яких належить уретерореноскопія. Зазначимо, що сечокам'яна хвороба є однією з головних проблем сучасної медицини у зв'язку з високою розповсюдженістю, рецидивуючим характером, втратою працездатності та потребами у величезних фінансових ресурсах. При рецидивах, повторні хірургічні втручання майже в 20% випадків неминуче призводять до хронічної ниркової недостатності зі своїми важкими медико-соціальними наслідками. Завдяки мінімально-інвазивним методам, в значній мірі знизилася частота ускладнень, період госпіталізації, покращилася якість життя і полегшилася навантаження системи охорони здоров'я.

З мінімально-інвазивних методів, уретерореноскопія відіграє особливу і незамінну роль при видаленні каменів сечоводів. Нижче перерахуємо переваги уретерореноскопії: при каменях середньої і нижньої третини сечоводу, є можливість протягом однієї процедури звільнити хворого від каменю і

найпродуктивнішим вважається метод уретерореноскопії, ефективність якої близько 98-99%; розмір конкременту практично не впливає на ефективність лікування; дозволяє перевірити прохідність сечоводу до миски, в разі необхідності під час однієї процедури видаляється більше одного конкременту. [55]

Для КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради доцільним є придбання і використання уретерореноскопу. Придбання такого обладнання є цілком реальним і можливе у ТзОВ "Карл Шторц Україна" у м. Київ, просп. Героїв Сталінграда, 2д, оф. 717.

Орієнтовно початкові інвестиції для реалізації запропонованого заходу становлять 120 тис. грн. З метою фінансування такого проекту заплановано використати банківський кредит, процентна ставка по якому складає 25 % річних, при цьому передбачено компенсацію за рахунок коштів ОТГ у розмірі 10%. Період реалізації представленого інвестиційного проекту – чотири роки. Прогнозовані чисті грошові потоки за роками становлять: 60, 85, 120 і 185 тис. грн.

Проведемо оцінювання інвестиційного проекту КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, щодо придбання уретерореноскопу шляхом розрахунку основних критеріїв у таблиці 3.1, заснованих на врахуванні дисконтування грошових потоків.

Таблиця 3.1 – Основні показники оцінювання реалізації інвестиційних проектів [30]

Назва показника	Формула розрахунку	Висновок щодо прийнятності проекту
Критерії, засновані на дисконтованих оцінках		
1. Чиста приведена вартість ( <i>NPV</i> )	$NPV = PV - IC$	<i>NPV</i> > 0 – проект прийнятний. <i>NPV</i> < 0 – проект неприйнятний. <i>NPV</i> = 0 – рішення не визначене.
2. Індекс рентабельності ( <i>PI</i> )	$PI = \frac{PV}{IC}$	<i>PI</i> > 1 – проект прийнятний. <i>PI</i> < 1 – проект неприйнятний. <i>PI</i> = 1 – рішення не визначене.

Відобразимо грошовий потік, що генерується даним інвестиційним проектом, на числовій осі, враховуючи, що строк реалізації проекту – чотири роки (рис. 3.6).

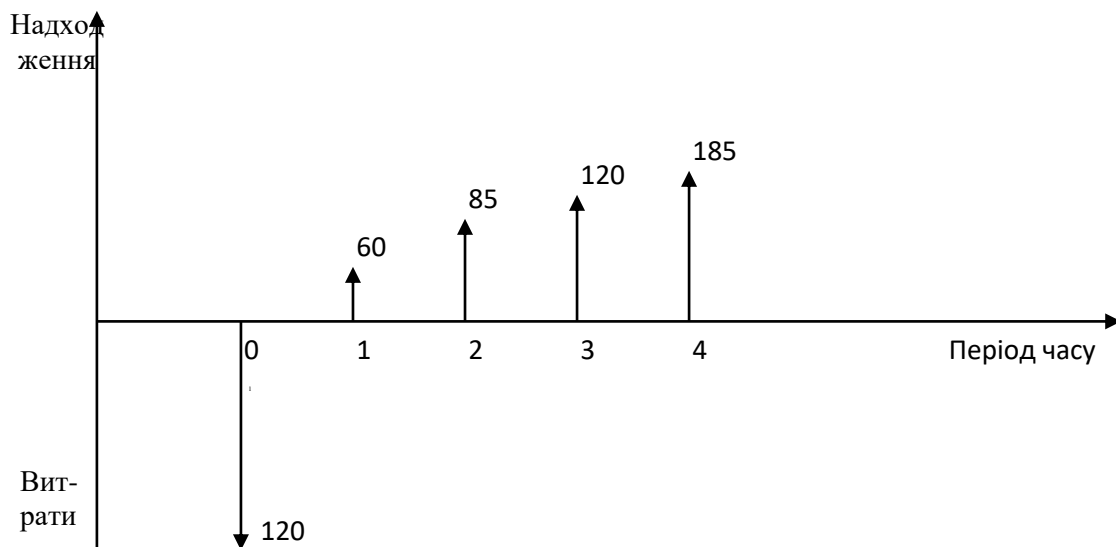


Рисунок 3.6 – Схема руху грошового потоку, який генерується проектом з технологічного оновлення діяльності закладу

1. Для визначення чистої дисконтованої вартості проекту ( $NPV$ ) здійснимо коригування вартості позичкового капіталу (банківського кредиту  $p_v$ ) на відшкодування за рахунок коштів ОТГ та прибуткового податку  $T$ , ставка якого дорівнює 18 % за формулою (3.1):

$$p_v = (I_r - K) \times (1 - T), \quad (3.1)$$

де  $I_r$  – процентна ставка за кредитом;

$K$  – компенсація за рахунок ОТГ;

$T$  – ставка податку на прибуток.

З використанням формули (3.1) маємо:

$$r = p_v = (I_r - K) \times (1 - T) = (0,25 - 0,1) \times (1 - 0,18) = 0,123.$$

Використаємо отримане значення в вираженні  $NPV = PV - IC$ , складові якого є загально визначеними і наведені у таблиці 3.1:

$$NPV = 60 : (1 + 0,123) + 85 : (1 + 0,123)^2 + 120 : (1 + 0,123)^3 + \\ + 185 : (1 + 0,123)^4 - 120 = 60 : 1,123 + 85 : 1,262 + 120 : 1,416 + \\ + 185 : 1,59 - 120 = 53,42 + 67,35 + 84,75 + 116,35 - 120 = 201,87 \text{ (тис. грн.)}$$

Розраховане нами значення  $NPV$  є додатною величиною, тому можна зробити висновок про прийнятність реалізації проекту щодо придбання обладнання у ТзОВ "Карл Шторц Україна". Величина  $NPV$  показує, що умовний прибуток установи підвищиться на 201,87 тис. грн. у результаті реалізації представленого проекту у разі дотримання основних показників і прогнозних оцінок фінансової складової.

2. Індекс рентабельності  $PI$  розрахуємо за формулою наведеною у таблиці 3.1:  $PI = 321,87 : 120 = 2,68$ .

Оскільки індекс рентабельності перевищує одиницю, то варто казати про ефективність придбання уретерореноскопу. Оскільки розмір чистої приведеної вартості є абсолютним показником, а величина індексу рентабельності - відносним, це свідчить, що на 1 грн. інвестиційних витрат даного проекту припадає майже 2 грн. 68 коп. доходу.

Термін окупності проекту з урахуванням дисконтованих грошових потоків трошки більше двох років, оскільки дисконтований грошовий потік за два роки становить  $53,42 + 67,35 = 120,77$  тис. грн., а інвестиційні витрати 120 тис. грн. Відповідно  $120,77 - 120 = 0,77$  тис. грн. У третьому році залишок буде компенсовано за:  $0,77 / 84,75 = 0,009$  року.

Тобто термін окупності проекту становить: 2,009 року або 2 роки і три дні.

Враховуючи розраховані показники можна зробити висновок, що з метою розвитку технологічної складової діяльності КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради, такий проект доцільно

впроваджувати. При цьому зазначимо, що компенсація грошових надходжень буде відбуватись з бюджету відповідних рівнів, а основний ефект буде проявлятися у підвищенні якості медичного обслуговування ветеранів Хмельницької області та населення загалом.

### 3.3 Формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради

Розвиток закладів охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний з підвищенням якості обслуговування пацієнтів. Для цього необхідно впроваджувати у практику діяльності вітчизняних установ сучасні практики та методичні підходи, що використовуються у іноземних закладах і можуть бути адаптовані до українських реалій. Такою корисною практикою є клінічний аудит, який у першу чергу спрямований на удосконалення процесів і процедур, які реалізуються у вітчизняних закладах охорони здоров'я.

Теоретичне поняття клінічного аудиту походить з медичного аудиту. У 1989 році у Великобританії медичний аудит був визначений як систематичний аналіз якості у медицині, в якому відстежувалися процедури діагностики і лікування, використання ресурсів, результати і якість життя пацієнтів. Протягом часу поняття аудиту значно розширилося. Клінічний аудит є процесом поліпшення якості, метою якого є покращення лікування пацієнтів і результатів лікування, оцінюючи їх систематично з певними критеріями і застосовуючи необхідні зміни як для окремих співробітників, так і для установи / структурної одиниці або на рівні конкретної медичної послуги.

У більшості досліджень підкреслюють «британське коріння» клінічного аудиту при цьому акцентуючи увагу на підвищенні якості та акцентуванні на

потребах пацієнтів у якісному обслуговуванні та підвищенні якості їх життя після лікування.

Підкреслюється також, що за допомогою клінічного аудиту можна сприяти впровадженню кращої практики в охороні здоров'я і покращувати як внутрішній порядок надання медичної послуги, так і результати для її кінцевих користувачів – пацієнтів. Клінічний аудит - це один з можливих способів розвитку якості медичної допомоги.

Історія клінічного аудиту починається з середини 19 століття. Угорський лікар Ігназ Філіп Семмелвейз виявив, що частоту появи пологової гарячки після пологів, яке було цілком звичайним явищем для середини 19 століття, і смертність в результаті якої сягала до 35%, насправді можна значно знизити, якщо дезінфікувати руки в пологових будинках. Хоча результати після впровадження правил гігієни були хорошими, доктору Семмелвейзу було важко впровадити свої ідеї в медичному середовищі, так як знайшлися лікарі, яких образила пропозиція частіше мити руки. Популярність здобув і Флоренц Найтгейл, якого вважають засновником сучасного медсестринства, епідеміологічного підходу і порівняння результатів в охороні здоров'я. Ф.Найтгейл проводив під час Кримської війни (1853-1856) клінічний аудит, фокусом якого були антисанітарні умови в лікарні і виходить із цього велика смертність серед поранених і хворих солдатів. Після введення строгих правил гігієни смертність впала з 40% до 2%. Важливою особистістю, яка заслуговує також згадки в зв'язку з клінічними аудитами, є Ернст Кодман, який працював в першій половині 20 століття. Він відстежував відновлення пацієнтів після операції, щоб знайти помилки в лікуванні, і за допомогою отриманих результатів поліпшити якість лікування. В оцінці якості охорони здоров'я важливу роль відіграє і Авендіс Донабедіані з опублікованої в 1966 році роботою «Оцінка якості в медицині», в якій він зробив висновок про те, що в охороні здоров'я важливо оцінити не тільки структуру і процеси, так і якість результатів лікування. Лікарі завжди намагалися покращувати свою діяльність і пропонувати пацієнтам послуги з кращою якістю. Незважаючи на це в

Великобританії систематичні аудити почали організовувати починаючи з 70-х років, але офіційно перший медичний аудит був проведений в 1989 році.

В цілому, підходи до проведення клінічного аудиту є доволі стандартизованими, однак потребують певної деталізації залежно від специфіки об'єкта такого аудиту та його цілей. Схему проведення клінічного аудиту наведено на рис. 3.7.

На першому етапі здійснюється вибір об'єкту та постановка завдань клінічного аудиту. При цьому необхідно враховувати, що клінічний аудит носить у більшості випадків ретроспективний характер, що обумовлюється необхідністю аналізування існуючого досвіду лікування певних захворювань і груп пацієнтів. Також досліджується ефективність існуючих стандартів та протоколів лікування, що повинно базуватись на порівнянні очікуваних і реальних результатів. Однак, в умовах нестандартних ситуацій (наприклад пандемія COVID-19), об'єктом клінічного аудиту можуть виступати як протиепідемічні заходи у межах певної установи так і сам процес лікування пацієнтів з COVID-19. Тобто об'єктами клінічного аудиту можуть виступати:

- а) процеси діагностики;
- б) процеси лікування;
- в) процеси догляду за пацієнтами;
- г) процеси ресурсного забезпечення медичних закладів;
- д) протиепідемічні заходи;
- е) наслідки медичних втручань;
- ж) вплив лікування на якість життя пацієнта.

Якщо з вибором об'єкту визначились, розробляють певний перелік завдань, що характеризують очікувані результати, які очікуються у перспективі, а також дозволяють на їх основі визначитись з операційними процесами і розподілом повноважень у межах команди аудиту.

Об'єкт і завдання дозволяють визначити чіткі цілі клінічного аудиту та передбачають акцентування уваги на їх досягненні.



Рисунок 3.7 - Схема проведення клінічного аудиту

На третьому етапі проведення клінічного аудиту здійснюється вибір інструментів та підходів до проведення клінічного аудиту. До вибору інструментарію необхідно відноситись досить ретельно, оскільки оперативність та інформативність аудиту буде сильно залежати від набору інструментів і вміння їх ефективно використовувати командою з його проведення.

Четвертий етап передбачає визначення необхідних вимог до процесів та процедур клінічного аудиту. Самі ці попередні кроки до підготовки клінічного аудиту дозволяють здійснювати його оперативно та у відповідності до існуючих найкращих практик. Особливе місце на цьому етапі повинно бути відведено формуванню команди клінічного аудиту, а розпочинати цей процес необхідно з вимог до команди клінічного аудиту.

При формуванні команди аудиту необхідно пам'ятати, що персонал повинен володіти компетенцією в таких областях:

- а) достатня компетентність в області здійснення аудиту;
- б) базові знання методики аудиту;
- в) вміння збору і аналізу даних;
- г) формування результатів та їх пояснення;
- д) управління проектами і їх ведення;
- ж) уміння використовувати сучасні цифрові технології комунікації;
- з) уміння працювати у команді.

Особливе значення у формуванні команди і подальшій ефективній організації аудиту відводиться керівнику. Саме він визначає предметні області кожного з фахівців і розподіляє обов'язки. Зрозуміло, що це повинна бути людина з практичним досвідом і досвідом проведення аудиту. До членів аудиторської команди висуваються відповідні вимоги, до яких зазвичай відносять:

Аудитори повинні відповідати таким критеріям:

- а) достатня компетентність в спеціальності (знання діючих медичних стандартів, і нових методів лікування та інноваційних підходів);

- б) верифікована об'єктивність та відсутність зацікавленості в результатах аудиту;
- в) підтверджена незалежність від теми аудиту;
- г) наявність досвіду клінічної роботи в області здійснення аудиту;
- д) надійність, чесність, добропорядність і ввічливість;
- е) досвід співпраці у команді.

Після формування команди, керівник разом з колегами конкретизує вимоги та результати проведення клінічного аудиту. З урахуванням вищезазначених процесів відбувається п'ятий етап. На цьому етапі здійснюється вибір показників клінічного аудиту, який передбачає визначення вимог до показників клінічного аудиту, конкретизація самих показників, визначення параметрів кожного з показників клінічного аудиту та порядку їх інтерпретації.

На шостому етапі здійснюється визначення порядку агрегування показників клінічного аудиту та безпосереднє формування аудиторського висновку. Сам висновок не є самоціллю, оскільки саме на його основі реалізуються подальші дії з удосконалення багатьох процесів функціонування закладів охорони здоров'я. Відповідно, відбувається визначення порядку інтерпретації результатів та конкретизація напрямів використання результатів клінічного аудиту.

Детальний аналіз аудиторського звіту та висновку дозволяє керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що є передумовою реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я. При цьому необхідно відмітити, що саме для менеджменту установ, формування аудиторських команд і їх мотивація до продуктивної діяльності є запорукою довгострокового розвитку та здатності адекватно реагувати на актуальні загрози та потреби.

Розроблені у магістерській роботі заходи з удосконалення управління розвитком КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Рекомендації з удосконалення управління розвитком КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни»

№	Назва заходу	Короткий зміст	Прогнозований результат
1	Рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	Вибір стратегії розвитку на основі діагностики середовища функціонування організації	На сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації
2	Розвиток КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради на основі впровадження сучасних медичних технологій	Придбання і використання уретерореноскопу	Основний ефект буде проявлятися у підвищенні якості медичного обслуговування ветеранів Хмельницької області та населення загалом. Термін окупності проекту становить: 2 роки і три дні. $NPV = 201,87$ тис. грн.
3	Формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради	Формування схеми проведення клінічного аудиту	Дозволяє керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що є передумовою реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я

### Висновки до розділу 3

Реалії функціонування закладів охорони здоров'я свідчать про необхідність удосконалення системи управління їх розвитком. КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» хоч і функціонує стабільно, однак в умовах пандемії необхідно розробляти нові підходи і перспективи розвитку.

Для розуміння шляхів розвитку та основних стратегічних цілей необхідно

розробляти стратегію розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради з урахуванням наявних альтернатив, виходячи з фактичних ресурсів. У процесі дослідження було визначено, що доцільно реалізовувати стратегію стабілізації.

Крім стратегічних завдань доцільно реалізовувати також і впровадження сучасних технологій та інноваційних підходів до лікування. Тому у роботі рекомендовано придбання уретерореноскопу, який дозволить значно підвищити якість надання медичних послуг.

В умовах пандемії доцільно моніторити всі параметри функціонування закладу, тому у третьому розділі також запропоновано впровадження клінічного аудиту і розроблена схема його реалізації.

Сформовані у роботі пропозиції дозволять певним чином удосконалити процеси управління розвитком досліджуваної організації.

## ВИСНОВКИ

В умовах пандемії COVID-19 розвиток соціально-економічних систем набуває дещо іншого вигляду, і є об'єктивною умовою їх існування, оскільки ігнорування існуючих реалій може призвести до припинення діяльності багатьох організацій.

У процесі дослідження поняття «розвиток», його характерних рис, оцінки динаміки, тощо виникають різні думки та твердження щодо його сутності. Поняттю «розвиток», як економічній категорії, присвячені праці українських та зарубіжних вчених.

Більшість з наведених визначень характеризують поняття «розвиток» як процес (удосконалення, переходу, виникнення, підсилення...), зміна (незворотні, якісні, кількісні, характеристик системи...), рух, умова або стан або перехід станів. Наше авторське бачення полягає у такому: розвиток є процесом трансформації стану об'єкта, що зумовлений змінами зовнішнього та внутрішнього середовища.

Розвиток характеризується різноманітністю його видів, при цьому розвиток закладів охорони здоров'я та відповідної системи має свої особливості.

Так, система охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких елементах як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. Виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США), що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи), з впливом традицій (Японія).

Системи охорони здоров'я в країнах Східної Європи, спробували здійснити економічну «шокову терапію», зберегти існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Метою трансформаційних перетворень в медичній сфері має на меті забезпечення громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Зміни в системі охорони здоров'я дозволили здійснити певні зміни при

обслуговування пацієнтів.

Стосовно об'єкту дослідження необхідно підкреслити, що КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради розташований в Хмельницькому районі, с. Ружичанка, комплекс складається з 5 будівель, а саме: лікувальний корпус, харчоблок, автогаражі, киснева станція, дезінфекційна – загальна площа будівель 18000 кв.м. загальна площа земельної ділянки де розташований госпіталь становить 5,99 га.

Аналіз основних показників діяльності КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради протягом 2017–2019 років наведено другому розділі роботи.

Особливо необхідно відмітити, що фактично профінансовано менше, ніж затверджено видатків. Недофінансування становить у 2017 році – 1404,18 тис.грн., у 2018 році – 1032,02 тис.грн. та у 2019 році – 2589,47 тис.грн., а це є однією з головних проблем розвитку організації.

Тому у третьому розділі магістерської роботи було розроблено рекомендації з удосконалення управління розвитком КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

Було запропоновано рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КНП та сформовано SWOT матрицю. При аналізі стану КНП «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни» Хмельницької обласної ради із застосуванням SWOT матриці виявлено основні сильні і слабкі сторони госпіталю, які потребують подальшого зміцнення. Так на сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації.

Також було запропоновано здійснювати розвиток КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради на основі впровадження сучасних медичних технологій. Доцільним є придбання і впровадження у практику уретерореноскопу. Якщо розглядати такий захід як певний інвестиційний проект, то основний ефект буде проявлятися у підвищенні якості медичного обслуговування ветеранів Хмельницької області та населення загалом. Термін окупності проекту становить: 2 роки і три дні. А чиста поточна

вартість проекту ( $NPV = 201,87$  тис. грн.).

І з метою оперативної реакції на пандемію та удосконалення операційних процесів організації у роботі запропоновано формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради. Розроблено схему проведення клінічного аудиту. Це дозволяє керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що є передумовою реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я.

Розроблені пропозиції дозволять певним чином забезпечити сталий розвиток КНП «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Анискин Ю.П. Критерии и принципы организационного развития наукоемкой компании / Ю.П. Анискин, А.В. Быков // Вестник ВГУ, Серия: Экономика и управление, 2005. – № 1. – С.61-65.
2. Большая советская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://bse.sci-lib.com>.
3. Большой экономический словарь / Под ред. А.Н. Азрилияна – 7-е издание, доп. – М.: Институт новой экономики, 2011. – 1472 с.
4. Бусел В.Т. Еволюція: Великий тлумачний словник сучасної української мови / В.Т. Бусел. – Ірпінь : ВТФ "Перун", 2002. – 1440 с.
5. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – К.: Ірпінь: ВТФ "Перун", 2009. — 1736 с.
6. Вінніченко О.М. Характеристика, види та сутність розвитку підприємства / О.М. Вінніченко. // Агросвіт.– 2015. – №15. – С. 49–57.
7. Вінніченко І.І. Сутнісна характеристика розвитку підприємства соціально-економічної системи / І.І. Вінніченко // Економіка, фінанси, право. – 2012. – № 5. – С. 8-13.
8. Гапоненко А.Л. Стратегическое управление: учеб. Для вузов, обучающихся по специальности 061100 «Менеджмент организаций» / А.Л. Гапоненко, А.П. Панкрухин. – 2-е изд., стер. – М.: Издательство ОМЕГА–Л, 2006. – 464 с.
9. Глазл Ф. Динамичное развитие предприятия. Как предприятия – пионеры и бюрократия могут стать эффективными / Ф. Глазл, Б. Ливехуд. – Калуга: «Духовное познание», 2000. – 264 с.
10. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова КМУ від 17.02.2010р. № 208 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>.

11. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2013. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>.
12. Дорошук Г. А. Управління організаційним розвитком: теоретичні та концептуальні основи: монографія / Дорошук Г. А.; під ред. С.К. Харічкова – Одеса: Бондаренко М.О., 2016. – 196 с.
13. Ерохина Е.А. Развитие национальной экономики: системно-самоорганизационный подход: монография / Е.А. Ерохина. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1999. – 160 с.
14. Єрохін С.А. Структурна трансформація національної економіки (теоретико-методологічний аспект): монографія / С.А. Єрохін. – К.: Світ знань, 2002. – 528 с.
15. Звіт національної служби здоров'я України 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019\\_1586443884.pdf?1604845516](https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1604845516)
16. Кононенко І.В. Управління розвитком підприємства: навч. Посібник / І.В. Кононенко. – Х. : НТУ «ХП», 2001. – 134с.
17. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України: Розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
18. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>.
19. Коротков Э. М. Концепция менеджмента / Э. М. Коротков. – М. : Изд-во «Дека», 1997. – 304 с.
20. Кузичев А. С. Диаграммы Венна. История и применение / А. С. Кузичев. – М.: Наука, 1968. – 249 с.
21. Ламарк Ж.-Б. Избранные произведения : в 2-х т. Т. 1. / Ж.-Б. Ламарк; под ред. И. М. Полякова и Н. И. Нуждина ; пер. с фр. А. В. Юдиной. –

М. : Изд-во. АН СССР, 1955. – 966 с.

22. Ламарк Ж.-Б. Избранные произведения : в 2-х т. Т. 2. / Ж.-Б. Ламарк; под ред. И. М. Полякова и Н.И. Нуждина ; пер. с фр. А. В. Юдиной. – М. : Изд-во. АН СССР, 1959. – 866 с.

23. Ляшенко В.И. Регулирование развития экономических систем : теория, режимы, институты: монография / В.И. Ляшенко. – Донецк : ДонНТУ, 2006. – 668 с.

24. Мамчин М. Прогрес: Економічна енциклопедія: У трьох томах. / Редкол.: С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін. Т.3. – Київ : Видавничий центр «Академія». – 2002. – 952 с.

25. Маслеченков Ю.С. Технология и организация работы банка: теория и практика. – М.: Дека, 1998. – 432 с.

26. Медична реформа [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

27. Мильнер Б. З. Теория организации : учеб. / Б. З. Мильнер. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2003. – 558 с.

28. Мильнер Б.З. Теория организации: учебник / Б.З. Мильнер. – 8-е изд., перераб. и доп. – Москва : ИНФРА-М, 2012. – 848 с.

29. Мочерний С. В. Економічний енциклопедичний словник / С. В. Мочерний, Я. С. Ларіна, О. А. Устинко, С. І. Юрій. У 2-х т. Т.1. / за ред. С. В. Мочерного. – Львів: Світ, 2005. – 616 с.

30. Мыльник В. В. Инвестиционный менеджмент / Мыльник В. В. – М.: Акад. проект, 2002. – 272 с.

31. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

32. Новая философская энциклопедия в 4 т. Т.1/ В.С. Степин, А.А. Гусейнов, Г.Ю. Семигин, А.П. Огурцов. – М.: Мысль. – 2000. – 721 с.

33. Новая философская энциклопедия в 4 т. Т.3/ В.С. Степин, А.А. Гусейнов, Г.Ю. Семигин, А.П. Огурцов. – М.: Мысль. – 2010. – 634 с.
34. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – М.: Азбуковник, 1998. – 944 с.
35. Особливості і зміст розвитку організацій з позиції прийняття ефективних управлінських рішень / Є. М. Рудніченко, Н. І. Гавловська, С. А. Омелянчук, І. В. Лісовський, С. Й. Ядуха // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2020. – № 3. – С. 130-134.
36. Оцінка медичної сфери (I хвиля: 14-19 липня 2020 р., II хвиля: 15-25 серпня 2020 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg\\_files/rg\\_medicine\\_092020\\_press.pdf](http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_medicine_092020_press.pdf)
37. Погорелов Ю. С. Оцінювання та моделювання розвитку підприємства: монографія / Ю.С. Погорелов. – Луганськ: Глобус, 2010. – 512 с.
38. Пономаренко В. С. Стратегічне управління розвитком підприємства / В. С. Пономаренко, О. І. Пушкар, О. М. Тридід. – Х.: ХДЕУ, 2002. – 640 с.
39. Портных В.В. Внедрение стратегического менеджмента в государственных медицинских учреждениях / В.В. Портных. // Вестник университета. – 2019. – №2. – С. 28 – 34.
40. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-19 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
41. Про затвердження міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на 2002-2011 роки: Постанова КМУ України від 10.01. 2002 р. №14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text>.
42. Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №503 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

43. Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №504 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

44. Про затвердження порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 06.02.2018 №178/24 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>

45. Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 26.01.2018 №148 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn\\_20180126\\_148.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf)

46. Проект Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20110706\\_1.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html).

47. Раєвнева О. В. Управління розвитком підприємства: методологія, механізм, моделі : монографія / Раєвнева О. В. – Харків : ВД «ІНЖЕК», 2006. – 496 с.

48. Реформа у цифрах та фактах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://rdo.in.ua/direction/ohorona-zdorovya>

49. Скіпальська Г. Галузевий БРИФ (ДРАФТ) «Охорона здоров'я» / Г. Скіпальська, Т. Юрочко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2020/02/Healthcare-reform.pdf>.

50. Смирнов Э.А. Основы теории организации: Учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ, 2000. – 375 с.

51. Спенсер Г. Гипотеза развития / Г. Спенсер; пер. с англ.; под ред. Н.А. Рубакина // Опыты научные, политические и философские. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 1408 с.

52. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

[https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic\\_planning\\_for\\_web\\_new2.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf)

53. Тоцький В.І. Організаційний розвиток підприємства: навч. посіб / В.І. Тоцький, В.В. Лаврененко. – К.: КНЕУ, 2005. – 247 с.

54. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3TEGsZElurxalC45OSJacQQ1cVwDbGR49tj\\_qh\\_n8EBjWHuFkFcb4LZvI](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3TEGsZElurxalC45OSJacQQ1cVwDbGR49tj_qh_n8EBjWHuFkFcb4LZvI)

55. Урологія. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.med-practic.com/rus/164/15949/%D0%A3%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%20%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2%20%D0%BB%D1%8E%D0%B1%D0%BE%D0%B9/article.more.html>

56. Философский энциклопедический словарь / Е. Ф. Губский, Г. В. Кораблева, В. А. Лутченко. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 570 с.

57. Цопа Н.В. Оценка динамики функционирования промышленного предприятия / Н.В. Цопа // Економіка. Менеджмент. Підприємництво : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ, 2009. – Вип. 21, ч. 2. – С. 25–35.

58. Цопа Н.В. Оценка динамики функционирования промышленного предприятия / Н.В. Цопа // Економіка. Менеджмент. Підприємництво : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ. – 2009. – Вип. 21, ч. 2. – С. 25–35.

59. Чернавский Д.С. Эволюционная экономика и теория развивающихся систем / Д.С. Чернавский // Экономическая трансформация и эволюционная теория Й. Шумпетера. – М. : Институт экономики РАН, 2004. – 182 с.

60. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я: дис. ... к-та з держ. у-ня : 25.00.02 / Шевчук Вікторія Вікторівна. – Миколаїв, 2017. – 219 с.
61. Юдин Э.Г. Развитие. Философский энциклопедический словарь / Э.Г. Юдин – Режим доступа: [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_philosophy/1013](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/1013)
62. Adizes I. Managing Corporate Life Cycles / I. Adizes. – 2 ed. – Santa Monica: Adizes Institute, 2004. – 240 p.
63. Graves C.W. The never-ending quest: Graves explores human nature / W. Clare. – Santa Barbara, CA: ECLET Publishing, 2005. – 578 p.
64. Greiner L.E. Evolution and Revolution as Organizations Grow / L.E. Greiner // Harvard Business Review. – 1972. – Vol.50. – Issue 4. – P.37-46.