

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЗАОЧНО-ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ
 Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

Магістр

Освітній рівень

на тему: «Управління розвитком закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Калинівська ЦРЛ», м. Калинівка)»

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 Менеджмент

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма Бізнес-адміністрування

Шифр і назва спеціальності

Шифр ДРБА.013463.00.00.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група МО(в,мб)з –2 _____ В.С. Головащенко

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник: канд.економ.наук, доц. _____

Н. С. Карвацка

Підпис, дата

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер _____

Підпис, дата

О.М.Косіюк

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Завідувач кафедри _____

канд.економ.наук, проф. _____

Підпис, дата

Н. М. Тюріна

Ініціали, прізвище

_____ 202__ р.

Хмельницький, 2020

Хмельницький національний університетФакультет НЦЗДОКафедра Економіки, менеджменту та адмініструванняОсвітній рівень магістрГалузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр, назва

Спеціальність 073 «Менеджмент» ОП «Бізнес-адміністрування»

Шифр, назва спеціальності та освітньої програми

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри _____

« _____ » _____ 202 _____ р.

ЗАВДАННЯ
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУГоловащенко Владислав Сергійович

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи Управління розвитком закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Калинівська ЦРЛ», м. Калинівкакерівник роботи Карвацка Н.С, к.е.н., доц.

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від _____ 202 _____ р. № _____

2. Строк подання студентом роботи на кафедру грудень 2020 року3. Вихідні дані до роботи Закони України, нормативні акти щодо регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, наукові статті, монографії, підручники, навчальні посібники, ресурси мережі Інтернет з питань розвитку суб'єктів господарювання, медичних закладів

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

1. Теоретичні основи управління розвитком закладу охорони здоров'я2. Аналіз ефективності діяльності Комунального підприємства "Калинівська центральна районна лікарня" Калинівської районної ради3. Система заходів розвитку діяльності КП «Калинівської ЦРЛ» КРР

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

Таблиця - Визначення поняття «розвиток підприємства (організації)»Рисунок - Класифікація видів розвитку підприємства; Рисунок – Формування програми розвитку діяльності медичного закладу; Таблиця - Класифікація фінансових ресурсів та фінансових потоків у закладах охорони здоров'я;

Рисунок– Динаміка тривалості життя; Таблиця– Основні показники діяльності КП «Калинівської ЦРЛ»; Таблиця - SWOT – аналіз КП «Калинівська ЦРЛ» КРР; Рисунок - Пріоритетні заходи розвитку КП «Калинівська ЦРЛ» КРР; Таблиця - План графік проекту придбання лапароскопічного обладнання; Таблиця - Розклад бюджету за статтями видатків; Рисунок – Основні характеристики проекту підвищення енергоефективності КП «Калинівська ЦРЛ»

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичний	Карвацка Н.С.		
Аналітичний	Карвацка Н.С.		
Проектний	Карвацка Н.С.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Отримання завдання на дипломну роботу	Вересень 2020	
2.	Підбір та опрацювання наукової літератури, аналіз звітності підприємства	Вересень 2020	
3.	Підготовка плану виконання дипломної роботи	Вересень 2020	
4.	Підготовка теоретичного розділу дипломної роботи	Жовтень 2020	
5.	Підготовка аналітичного розділу дипломної роботи	Листопад 2020	
6.	Підготовка проектного розділу дипломної роботи	Листопад 2020	
7.	Підготовка вступу, висновків	Грудень 2020	
8.	Проходження нормоконтролю	Грудень 2020	
9.	Попередній захист дипломної роботи	Грудень 2020	
10.	Виправлення зауважень	Грудень 2020	
11.	Захист дипломної роботи	Грудень 2020	

Студент _____

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник роботи _____

Підпис

Ініціали, прізвище

АНОТАЦІЯ

Головащенко В.С. «Управління розвитком закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Калинівська ЦРЛ», м. Калинівка)». Керівник роботи - канд.екон.наук, доцент кафедри ЕМА Карвацка Н. С. Дипломна робота магістра: 109 с., 22 рис., 15 табл., 64 джерел.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: УПРАВЛІННЯ, РОЗВИТОК, ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ЕНЕРГОЕФЕКТИВНІСТЬ.

У першому розділі розкрито економічну сутність розвитку організації, особливості формування програми розвитку закладу охорони здоров'я. Визначено фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я в контексті реформування системи охорони здоров'я України.

У другому розділі надано загальну характеристику системи управління КП «Калинівська ЦРЛ» КРР, досліджено ефективність діяльності лікарні. Виконано стратегічний аналіз та визначено ключові напрями розвитку діяльності.

У третьому розділі визначено план розвитку лікарні на 2021 рік. Обґрунтовано доцільність та визначено джерела фінансування придбання сучасного лапароскопічного обладнання та підвищення енергоефективності медичного закладу.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1 Сутність та визначення поняття розвитку організації.....	9
1.2 Особливості формування програми розвитку медичного закладу..	16
1.3 Фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я в контексті реформування системи охорони здоров'я України.....	23
Висновки до першого розділу.....	37
2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА "КАЛИНІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" КАЛИНІВСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ.....	38
2.1 Аналіз стану галузі охорони здоров'я та діяльності медичних закладів Вінницької області.....	38
2.2 Загальна характеристика діяльності медичного закладу.....	56
2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності.....	64
2.4 Аналіз фінансового менеджменту.....	68
2.5 Стратегічний аналіз.....	73
Висновки до другого розділу.....	77
3 СИСТЕМА ЗАХОДІВ РОЗВИТКУ ДІЯЛЬНОСТІ КП «КАЛИНІВСЬКОЇ ЦРЛ» КРР.....	79
3.1 Визначення функціональних програм розвитку діяльності ЦРЛ....	79
3.2 Формування алгоритму дій по забезпеченню лікарні медичним обладнанням.....	83
3.3 Рекомендації щодо підвищення енергоефективності медичного закладу.....	93
Висновки до третього розділу.....	101
ВИСНОВКИ	104
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	110
ДОДАТКИ	117

ВСТУП

Основним завданням системи охорони здоров'я в умовах конкуренції є підвищення цінностей для пацієнтів, що вимірюються відношенням якості отриманого результату до фінансових ресурсів, витрачених для його досягнення. Тобто цінність в охороні здоров'я – це результат стану здоров'я людини (результат медичної допомоги), отриманий на вкладену в неї грошову одиницю. Форма власності медичного закладу, спектр наданих медичних послуг, репутація та величина прибутку є другорядними аспектами. Ті надавачі медичних послуг, які не створюють цінностей для пацієнта, як правило, не досягають фундаментальної мети, навіть якщо вони фінансово успішні.

Однією зі складових управління розвитком медичного закладу є стратегічне управління. Стратегічне управління медичними закладами повинне забезпечити економічну, соціальну та наукову перевагу на ринку медичних послуг. Планування розвитку діяльності медичного закладу має бути тісно пов'язаним зі стратегією розвитку галузі, яка визначає напрями розвитку і використання ресурсного потенціалу для покращення здоров'я населення в країні в цілому, й зі стратегією розвитку охорони здоров'я в регіоні та на муніципальному рівні з урахуванням специфічних потреб його населення в медичній допомозі та особливостей розвитку інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Планування розвитку медичного закладу передбачає визначення цілей й завдань для їх досягнення, є основою для прийняття управлінських рішень. Метою діяльності усіх типів медичних організацій є зниження захворюваності і смертності населення. Завданнями для досягнення цієї мети є проведення заходів медичної профілактики та відновлення втраченого здоров'я.

Дослідженню теоретико-методологічних основ розвитку підприємств і їх видових проявів приділяли увагу багато українських і зарубіжних учених: М.В. Афанасьєв, В.Г. Андрійчук, В.М. Геєць, Ю.С. Погорєлов, Е.В. Раєвнева, Е.В. Шубравська та ін. Основою формування стратегії розвитку медичних закладів є Національна стратегія реформування охорони здоров'я, яка є документом, що визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для української СОЗ до 2025 року.

Метою магістерської дипломної роботи є формування напрямів розвитку медичного закладу в умовах реформи медичної галузі в Україні.

Досягнення мети дослідження зумовило необхідність розв'язання таких основних завдань:

- Дослідити економічну сутність та визначення поняття розвитку організації, особливості управління розвитком закладу охорони здоров'я;
- Визначити фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я в контексті реформування системи охорони здоров'я України;
- Виконати аналіз діяльності КП «Калинівська ЦРЛ» КРР;
- Навести рекомендації щодо формування програми розвитку КП «Калинівська ЦРЛ» КРР.

Об'єктом дослідження є управління розвитком закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні питання формування програм розвитку медичних установ.

Методи дослідження. Методичну основу дослідження становить сукупність прийомів і методів наукового дослідження (логічний, системний, аналітичний, узагальнення та наукової абстракції - використано при дослідженні основних понять розвитку, вимог нормативних документів та діяльності КП ЦРЛ»).

Основні джерела інформації. Інформаційну базу дипломної роботи складають Закони України, правові та нормативні акти у сфері охорони здоров'я, матеріали Державного комітету статистики України, монографічні та періодичні українські та зарубіжні видання, інформація із всесвітньої мережі Інтернет, річна звітність КП «Калинівська ЦРЛ» КРР.

Магістерська робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, переліку використаних джерел. У магістерській роботі 109 сторінок, 15 таблиць, 22 рисунка.

1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність та визначення поняття розвитку організації

Активне залучення держави до процесів глобалізації, інтегрованість її економіки до світового господарства обумовлюють необхідність урахування підприємствами факторів зовнішнього середовища, підвищення гнучкості та адаптивності до швидкоплинних умов господарювання. Сучасні умови діяльності підприємств визначаються конкуренцією, динамічністю ринкової кон'юнктури, сучасними інноваційними тенденціями ведення бізнесу, мінливим характером зовнішнього та нестабільністю внутрішнього середовища тощо. Так, «процесом, який дає змогу не лише вижити, але й стабільно функціонувати підприємству за таких умов, є розвиток» [2, с. 58].

Дослідженню теоретико-методологічних основ розвитку підприємств і їх видових проявів приділяли увагу багато українських і зарубіжних учених: М.Х. Мескон, Ф. М.В. Афанасьєв, В.Г. Андрійчук, В.Ю.С. Погорєлов, Е.В. та ін.

Поняття «розвиток» широко використовується в науковому обігу із середини ХХ ст. і не має однозначного тлумачення. Спочатку під розвитком розуміли ідею пристосування, виживання в умовах обмеженості ресурсів і соціальних конфліктів. У 50–70-х роках з'явилися гіпотези вчених про циклічність такого розвитку наявність відповідних його стадій, а саме поняття набувало все більшу різнобічність. У науковій літературі того періоду розвиток розглядався як найважливіший критерій прогресу, як ускладнення, збагачення якостей і потреб людини, розширення ступенів свободи її вибору і поведінки [30, с. 545].

Філософська наука визначає, що на відміну від явищ руху зміни, що можуть викликатися дією зовнішніх щодо об'єкта сил, розвиток являє собою

саморух об'єкта – іманентний процес, джерело якого укладено в самому об'єкті, що розвивається. Розвиток виникає в результаті протиріч, боротьби нового і старого, боротьби «суперечливих, протилежних тенденцій», властивих об'єктам «природи», їхнього подолання, перетворення в нові протиріччя.

Е.В. розвиток трактується як процес переходу системи з одного стану в інший, що супроводжується зміною її якісних і кількісних характеристик [31, с. 37]. Цієї ж думки дотримується Ю.С. Погорелов, який розглядає розвиток через кількісні й якісні зміни у функціонуванні системи, що характеризуються багатомірністю, спрямованістю і часто неминучістю, накопичуються і викликають перехід системи до іншого стану [5, с. 31]. В «Академічному тлумачному словнику української мови» розвиток визначено як процес, унаслідок якого відбувається зміна якості чого-небудь, перехід від одного якісного стану до іншого [1]. На думку О.Л. А.П., розвиток – це рух уперед, формування нових рис, становлення нових структурних характеристик об'єкта, його еволюція, покращення, вдосконалювання, прогрес, а також ріст і розширення [33, с. 11].

Афанасьєва Н.В., Рогожин В.Д., Рудика В.І. виділяють три напрями економічного розвитку: збільшення масштабів споживання економічних ресурсів – кількісний аспект; зміни у складі елементів та їхніх комбінацій – структурний аспект; зрушення в характеристиках елементів, у їхній індивідуальній і інтегральній корисності – якісний аспект [3].

Пащенко О.П. досліджує розвиток організації та пропонує розглядати його «...з одного боку, як такий тип змін, що підвищує ступінь організованості системи, а з іншого – як виділену у складі підприємства систему, в якій об'єднані інноваційні процеси, що ведуть до кількісних та якісних змін у всіх функціональних галузях підприємства, а також контури її управління на основі зворотних зв'язків, в яких розв'язуються завдання стратегічного та тактичного управління і запускаються механізми самоорганізації оперативного управління розвитком» [6, с. 100].

За Богатирьовим І.А. розвиток – це «сукупність змін різної економічної природи, цілеспрямованості, інтенсивності, об'єктивно перебігають в соціально-економічній системі під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, а також ведуть до переходу і фіксації підприємства в різних організаційно-економічних станах» [37, с. 80].

Шинкаренко В.Г., Бурмака Н.Н. дають трактування розвитку соціально-економічної системи, яке, на їхню думку, має універсальний зміст та може біти використане для різних типів систем від окремих підрозділів підприємства до галузей економіки: це «незворотні, закономірні, спрямовані на розв'язання протиріч між системою та зовнішнім середовищем всередині системи кількісні, структурні та якісні зміни відповідно до встановленої мети, які призводять до досягнення якісно нового стану (властивості) системи та отримання соціально-економічного ефекту» [16, с. 84].

Мочерний С. визначає економічний розвиток як незворотні, закономірні зміни технологічного способу виробництва (спосіб виробництва, що базується на техніко-економічному поєднанні речових і особистісних факторів виробництва, комплексні техніко-технологічні відносини між речовими елементами продуктивних сил у системі техніко-економічних відносин) [17, с. 623].

З точки зору М.П., розвиток – це багатовимірний процес, який включає реорганізацію та переорієнтацію всієї економічної і соціальної системи [19]. Моргунов Є.Г. стверджує, що економічна категорія «розвиток» – «складна і багатогранна, з одного боку, і є здатністю будь-якої соціально-економічної системи змінювати свою структуру, склад елементів і функцій, а з іншого – є процесом» [20, с. 61].

Таким чином, узагальнення зазначених підходів та визначень економічного розвитку дає змогу дійти висновку, що структуру економічного розвитку генерує розвиток усіх його складників та елементів, а саме розвиток економічної системи, галузі, підприємства, розвиток капіталу, ринку праці, розвиток інноваційних та інвестиційних процесів тощо

Систематизація існуючих дефініцій поняття «розвиток», критичний аналіз підходів до його трактування дослідження поглядів науковців до відокремлення характеристик, притаманних розвитку, дали змогу встановити існування двох полярних груп властивостей розвитку (рис. 1).



Рисунок 1.1 - Властивості розвитку

Слід зазначити, що більшість дослідників теорії розвитку дотримуються погляду щодо привалювання першої групи характеристик, притаманних розвитку. Окреме місце в економічному ракурсі дослідження категорії «розвиток» займає розвиток підприємства.

Підвищений інтерес науковців до феномену розвитку підприємства породжує значку кількість підходів до трактування сутності цього поняття (таблиця 1.1.). Дослідження теоретичних засад проблематики розвитку підприємства на основі опрацювання значної кількості наукових публікацій дало змогу виявити значні розбіжності у визначенні природи цього поняття, його сутності та складових елементів.

Таблиця 1.1 - Визначення поняття «розвиток підприємства (організації)»

Автор	Визначення поняття «розвиток підприємства (організації)»
Ю.А. Плугіна [12, с. 194]	Якісні перетворення в його діяльності за рахунок змін кількісних і структурних характеристик техніко-технологічних, організаційно-комунікаційних, фінансово-економічних ресурсів на основі ефективного використання інтелектуально-кадрових ресурсів та інформаційних технологій.
Р.О. Побережний [34, с. 91]	Спрямована зміна якісного стану організації, її структури, складу або властивостей, кількісних чи якісних змін елементів організації. При цьому розвитку організації притаманні ті ж властивості, що і «філософському розвитку», тобто циклічність і спіральність.
О.В. Раєвцева [35, с. 108]	Унікальний процес трансформації відкритої системи в просторі та часі, який характеризується перманентною зміною глобальних цілей його існування шляхом формування нової дисипативної структури і переводом його в новий фактор (одна з альтернативних траєкторій розвитку підприємства) функціонування.
Ю.С. Погорелов [5, с. 32]	Безупинний процес, що відбувається за штучно встановленою або природною програмою як зміна станів підприємства, кожен з яких є якісно іншим за попередній, через що у підприємства як у більш складної системи виникають, розкриваються та можуть бути реалізовані нові можливості, нові властивості, якості та характерні риси, які сприяють здатності підприємства виконувати нові функції, вирішувати принципово інші завдання, що зміцнює його позиціонування в зовнішньому середовищі і підвищує здатність протидіяти його негативним впливам.
М.В. Афанасьєв, В.Д. Рогожин, В.І. Рудика [3, с. 27]	Об'єктивна зміна тільки якісних характеристик системи, зумовлена як фундаментальними законами природи (єдності та боротьби протилежностей, переходу кількості в якість, розвитку суспільства по спіралі та нагору), так і закономірностями функціонування конкретних систем (старіння устаткування, набуття досвіду і знань співробітниками, виснаження природних ресурсів), за якої формуються нові властивості системи.
О. Богатирьов [4]	І. Сукупність змін різної економічної природи, спрямованості, інтенсивності, що об'єктивно відбуваються в соціально-економічній системі підприємства під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, а також призводять до переходу та фіксації підприємства в різний організаційно-економічний стан (щодо сталого характеру).
С.П. Дунда [7]	Сукупність спрямованих, інтенсивних та якісних змін економічної природи, що відбуваються на підприємстві внаслідок суперечності у внутрішньому середовищі та впливів факторів зовнішнього середовища
В. Кифяк [8, с. 193]	Динамічна система взаємодіючих підсистем, передумов, факторів і принципів, які формують вектор кількісних і якісних змін функціонування підприємства, спрямованих на досягнення пріоритетів
Е.М. Коротков [38, с. 296]	Сукупність змін, які ведуть до появи нової якості та зміцнення життєвості системи, її здатність чинити опір руйнівним силам зовнішнього середовища
О.Є. Кузьмін [39, с. 36]	Розвиток кожної організації має циклічний характер, тобто проходить через певні стадії життєвого циклу, що визначають особливості виробничо-господарської, інвестиційної, фінансової та інших видів діяльності
Т.Б. Надтока, Г.А. Какуніна [40]	Процес сукупних змін у соціально-економічній системі підприємства, спрямований на його перехід у новий якісно-кількісний стан у часі під впливом факторів внутрішнього і зовнішнього середовища, ... за напрямом він може бути як позитивним, так і негативним
А.М. Турило, С.В. Святенко [41, с. 121]	Економічна складова життєдіяльності підприємства в усіх її формах і проявах протягом його життєвого циклу здійснюється під впливом екзогенних та ендогенних факторів і орієнтована на досягнення поставленої власником мети.

D.В.Шубравська [31, с. 37]	Це процес переходу системи з одного стану в інший, що супроводжується зміною її якісних і кількісних характеристик
-------------------------------	--

Переважає більшість існуючих визначень поняття «розвиток підприємства» спирається на відокремлення різноманітних змін або процесів, що сприяють зміні підприємством свого якісного стану.

Таким чином, погляди вчених об'єднуються в тому, що розвиток є процесом, результатом якого є придбання нових кількісних та якісних характеристик економіко-виробничої системи, покращення показників ефективності функціонування і приріст потенціалу підприємства, який допомагає йому пристосовуватися до динамічних змін у середовищі, зберігаючи свою життєдіяльність. Узагальнення теоретичних концепцій щодо досліджуваної категорії дає можливість визначити, що розвиток організації – це перехід закономірних якісно-кількісних змін економічної системи в довгостроковому періоді, які відбувається з обмеженими економічними ресурсами під дією потреб та інтересів суспільства в довгостроковій перспективі.

Контент-аналіз підходів до визначення сутності поняття «розвиток підприємства» та безпосередньо зазначеної дефініції дає змогу говорити про багато аспектів цього явища, що, своєю чергою, призводить до існування значної кількості видів розвитку підприємства, які доцільно ідентифікувати по змістовних критеріях.

Згідно з Ю.Н., розвиток підприємства класифікується залежно від місця протікання (зовнішній, внутрішній), масштабу (розвиток елемента (мікро розвиток), розвитку системи в цілому (макро розвиток) [24, с. 144]. Бидтаева Е.Е. виявляє якісний і кількісний розвиток, а також виділяє параметр швидкоплинності змін (еволюційний, революційний) [25, с. 112].

Кушнер М.А., Є.П. розвиток підприємства класифікують за ознакою відкритості для дослідника (спостережуваний, латентний), контролем над змінами (контрольований, неконтрольований), діяльністю суб'єкта розвитку (пристосований, перетворюючий), тимчасовою протяжністю (короткостроковий, довгостроковий) і можливістю управління (керований,

некерований) [9]. Т.Л. класифікує розвиток підприємства залежно від стабільності його стану (стійкий, нестійкий) [26, с. 54–55]. Жилінська Л.О., Розумчук О.О. пропонують виділяти такі види розвитку: сталий, керований, організаційний, збалансований, багатосферний, стратегічний [27].

Узагальнення існуючих підходів та поглядів науковців до відокремлення видів розвитку підприємства дає змогу виділити 15 критеріїв, які найбільш змістовно характеризують сучасні тенденції, напрями та можливості розвитку підприємства (рис. 1.2).



Рисунок 1.2 - Класифікація видів розвитку підприємства

Проведений аналіз показує, що економічний розвиток підприємства є багатогранним явищем, що й зумовлює наявність різних класифікаційних ознак і видів розвитку підприємства

1.2 Особливості формування програми розвитку медичного закладу

Україна демонструє одні з найгірших показників охорони здоров'я в Європейському регіоні, що характеризується високими показниками смертності, захворюваності та інвалідності. Основними визначальними причинами цієї ситуації є суттєві недоліки, що накопичувалися в національній системі охорони здоров'я (СОЗ) в результаті тривалої відсутності модернізації, нівелювання потреб населення й сучасних міжнародних тенденцій щодо зміцнення систем охорони здоров'я, економічної неефективності та високого рівня корупції.

В Україні зберіглася майже в незмінному стані система охорони здоров'я, що була успадкована з радянського періоду, а саме комплексна модель Семашка, яка належала державі та фінансувалася нею, була спрямована на утримання лікарень з надзвичайно управлінням та послугами, що були зосереджені на лікуванні окремих нетяжких гострих станів, і характеризувалася фактичною відсутністю профілактики. Система також ігнорувала міжнародні тенденції модернізації та зміцнення закладів охорони здоров'я (наприклад, не надавалося місце та можливості для розвитку приватного сектора), не змогла забезпечити формування політики в таких украї важливих сферах, як інформаційні технології. Існує багато доказів того, що система продовжує культивувати значні осередки неефективності та корупції.

Для вирішення цих проблем розроблено Національну стратегію реформування охорони здоров'я, яка стане частиною національного плану

реформ, оголошеного урядом України. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я (далі Стратегія) є рамковим документом, який визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для української СОЗ до 2025 року.

Стратегія повинна стати основою для розробки політики та визначення порядку прийняття рішень у галузі охорони здоров'я, в тому числі рішення наповнення та розподіл бюджетних коштів для охорони здоров'я. Таким чином, це створить основу для оцінювання та перегляду існуючого оперативного регулювання і розвитку нових, складних заходів та конкретних дій у певних сегментах сектора охорони здоров'я: стратегічний план розвитку людських ресурсів, план розвитку лікарень, стратегічний план розвитку паліативної допомоги, стратегічний план розвитку громадського здоров'я тощо [31].

Однією зі складових управління розвитком медичного закладу є стратегічне управління. Стратегічне управління медичними закладами повинне забезпечити економічну, соціальну та наукову перевагу на конкурентному ринку медичних послуг. Прояви глобалізації медичних послуг у повному обсязі ще відсутні в Україні, але інтеграція до світової спільноти є рушійною силою стосовно необхідності застосування інструментів і методів управління медичними закладами. Застосування системного, проектного, програмного та портфельного підходів передбачає формування збалансованої стратегії інноваційного розвитку медичних закладів, що забезпечуватиме стійкі конкурентні переваги.

Стратегічне управління – це таке управління організацією, яке спирається на людський потенціал як основу організації, орієнтує виробничу діяльність на запити споживачів, гнучко реагує і проводить своєчасні зміни в організації, що відповідають виклику з боку оточення і дозволяють домагатися конкурентних переваг, що в сукупності дає організації можливість виживати в довгостроковій перспективі, досягаючи при цьому своїх цілей [23, 24].

Будь-яка медична організація – це складна система з багатьма цілями. До основних видів цілей організації належать виробничі цілі (наприклад, показники результативності медичної допомоги), підвищення продуктивності, розширення / зменшення асортименту медичних послуг, забезпечення фінансовими ресурсами, зміни в структурі організації, покращення компетентності людських ресурсів тощо.

Планування розвитку діяльності медичного закладу має бути тісно пов'язане зі стратегією розвитку галузі, яка визначає напрями розвитку і використання ресурсного потенціалу для покращення здоров'я населення в країні в цілому, і зі стратегією розвитку охорони здоров'я в регіоні та на муніципальному рівні з урахуванням специфічних потреб його населення в медичній допомозі та особливостей розвитку інфраструктури і ресурсного забезпечення [51].

При стратегічному плануванні важливим питанням є критерії вибору тієї чи іншої стратегії, а також описання ринкових ситуацій, при яких різні стратегії є найбільш ефективними. Для медичних закладів такими критеріями не може бути лише оцінювання конкурентоспроможності, як для інших об'єктів господарювання.

Стратегічне планування медичного закладу (МЗ) передбачає визначення цілей і завдань для їх досягнення і є основою для прийняття управлінських рішень. Метою діяльності усіх типів медичних організацій є зниження захворюваності населення. Завданнями для досягнення цієї мети є проведення заходів медичної профілактики та відновлення втраченого здоров'я. За типом МЗ цілі та завдання будуть змінюватися [52].

1. Для амбулаторно-поліклінічних організацій метою діяльності є зниження захворюваності прикріпленого населення. Завдання для досягнення мети.

а) Проведення заходів медичної профілактики: вакцинація населення; диспансеризація населення; санітарно-освітня робота.

б) Відновлення втраченого здоров'я в умовах, що не потребують цілодобового медичного спостереження за хворими.

2. Для лікарняних (госпітальних) організацій метою діяльності є відновлення втраченого здоров'я в умовах, що вимагають спостереження за хворими. Завданнями для досягнення цієї мети є: застосування інтенсивних методів діагностики і лікування; здійснення постійного медичного догляду.

3. Для служби швидкої медичної допомоги метою діяльності є усунення синдромів (станів), що загрожують життю потерпілого.

Завданнями для досягнення мети є: надання екстреної медичної допомоги потерпілому на місці з доставкою в лікарню.

Для досягнення поставлених цілей медичні організації розробляють програму дій. Як правило, для медичного закладу складають стратегічні програми терміном до п'яти років, тактичні – на один рік.

Метою програми діяльності медичного закладу є виконання максимально можливих обсягів медичної допомоги в умовах дотримання вимог до медичної діяльності.

Формування стратегічної програми розвитку діяльності медичного закладу включає такі етапи (рис. 1.2):

1. Визначення майбутніх обсягів медичної допомоги. Одиницею обсягу медичної допомоги є: в стаціонарі – пролікований хворий; в амбулаторно-поліклінічній службі – пролікований хворий і консультація; в службі швидкої медичної допомоги – обслужений виклик.

Майбутні обсяги медичної допомоги визначаються на основі аналізу використання структури (основних фондів) з урахуванням проектної потужності організації та наявності умов для надання медичної допомоги (дотримання ліцензійних вимог). З урахуванням наявних ліцензійних вимог, з використанням клінічних рекомендацій, протоколів експертним шляхом визначають середню тривалість лікування.

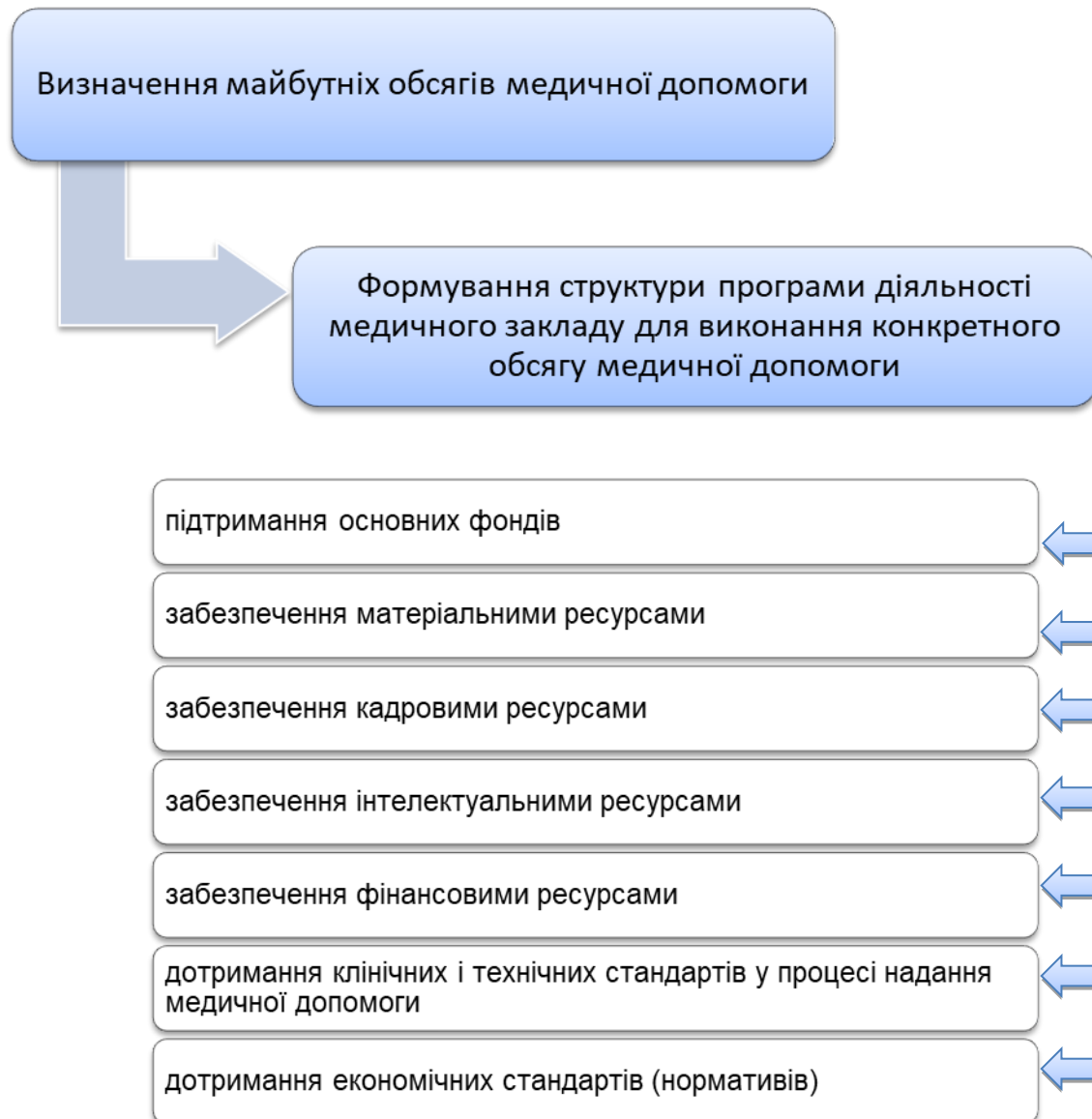


Рисунок 1.2 – Формування програми розвитку діяльності медичного закладу

2. Формування структури програми діяльності медичного закладу для виконання конкретного обсягу медичної допомоги включає в себе такі заходи:

1) щодо підтримання основних фондів: перелік ремонтних робіт; технічна підтримка устаткування в справному стані; визначення обсягів споживання тепла, електроенергії, газу, паливно-мастильних матеріалів, телефонний зв'язок тощо;

2) щодо забезпечення матеріальними ресурсами: на підставі нормативів визначаються обсяги всіх матеріальних ресурсів (медикаменти, продукти харчування, м'який і твердий інвентар, інструменти, прилади та ін.); робота з постачальниками; покращення умов зберігання; покращення умов виготовлення ресурсів власними силами;

3) щодо забезпечення кадровими ресурсами: на підставі діючих нормативів визначається потреба в працівниках усіх спеціальностей, проводиться їх тарифікація; підготовка фахівців необхідних професій, обов'язкове навчання один раз на п'ять років; атестація на відповідність займаній посаді; санітарно-гігієнічних правилах, підвищення загального рівня знань з основних проблем медицини;

4) щодо забезпечення інтелектуальними ресурсами: проведення науково-дослідних робіт та створення умов для їх проведення; впровадження нових медичних технологій; 5) щодо забезпечення фінансовими ресурсами: залучення додаткових джерел фінансування: бюджетних; коштів підприємств, громадян (платні послуги); забезпечення збереження матеріальних і фінансових ресурсів: перевірки, ревізії, інвентаризації;

б) щодо дотримання клінічних стандартів у процесі надання медичної допомоги: контроль дотримання клінічних і технічних стандартів; підвищення (конкретних) професійних знань працівників; перерозподіл обсягів роботи (навантаження) серед працівників;

7) щодо дотримання економічних стандартів (нормативів): контроль витрачання ресурсів; контроль обсягів роботи.

Ці заходи готуються керівниками структурних підрозділів, оцінюються експертною радою закладу і передаються в відділ для визначення витрат на їх виконання.

Певні фінансові витрати групують за статтями кошторису витрат, які лягають в основу фінансового плану медичної організації. Цей фінансовий план включає дві складові: кошторис доходів і кошторис витрат.

Зазначені вище заходи спираються на такі методи:

Перспективний аналіз – розгляд випадків лікування до моменту госпіталізації або до звернення хворого в медичні установи. На цьому етапі планується місце надання допомоги. Акцент робиться на забезпеченні повної готовності хворого до стаціонарного лікування, тобто всі необхідні діагностичні дослідження проводяться до госпіталізації. Оцінюється очікувана тривалість лікування. Планується також пост госпітальна стадія лікування.

Поточний аналіз – оцінювання ходу лікувально-діагностичного процесу на його активній стадії. Одночасно планується пост госпітальна, амбулаторна допомога, у тому числі з використанням стаціонар замісних технологій.

Ретроспективний аналіз – до нього вдаються після завершення лікування. При цьому оцінюються результати лікування, пов'язані з оцінюванням ефективності використання ресурсів. Проводиться порівняння показників діяльності однотипних медичних організацій та окремих лікарів на основі методів клініко економічного аналізу.

До заходів з підвищення ефективності управління медичною організацією також відносяться: комп'ютеризація всієї системи управління; впровадження систем управління ресурсними потоками і медичною допомогою (КМД); дотримання рівнів управління установою; підвищення професійних знань у сфері управління на основі особистих творчих планів; регулярна атестація на відповідність займаній посаді; формування іміджу як окремих працівників, так і колективів: заохочення – матеріальне, занесення на Дошку пошани, вручення грамот, представлення працівників до почесних звань, нагород; проведення оглядів професійної майстерності; святкування пам'ятних дат у житті закладу, окремих працівників; видання проспектів, книг, фільмів про колектив медичної організації.

Після розробки заходів щодо підвищення ефективності використання ресурсів вносяться корективи до дохідної та видаткової частин кошторису.

Відповідно до цього змінюються показники, що характеризують мету витрачання ресурсів.

Проект програми узгоджується з кожним виконавцем і керівником структурного підрозділу. Після узгодження кожному структурному підрозділу визначається планове завдання на рік з поквартальною розбивкою.

Планове завдання включає в себе:

- обсяги майбутньої роботи;
- показники, що характеризують стан виробничої послуги;
- економічні показники: використання основних фондів (ліжко, обладнання); нормативи забезпечення ресурсами.

Після цього програма діяльності медичного закладу затверджується наказом керівника організації. В наказі:

- 1) визначаються заходи (служби управління установою – дирекцією) щодо організації виконання програми;
- 2) керівникам структурних підрозділів пропонується розробити власні заходи щодо виконання планових завдань;
- 3) визначається (або підтверджується) система збору, обробки й надходження інформації про хід виконання програми для порівняння отриманих результатів із показниками програми.

1.3 Фінансове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я в контексті реформування системи охорони здоров'я України

Фінансове забезпечення є одним із основних чинників, що впливає на розвиток медичної сфери й соціально-економічну результативність галузі. Кожна країна прагне удосконалити існуючу систему шляхом перетворень, які б сприяли збереженню та зміцненню здоров'я населення, підвищенню ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів [43, с. 178].

Фінансове забезпечення — це метод фінансового механізму, що визначає джерела, принципи та форми функціонування та фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства, в тому числі — охорони здоров'я. В системі охорони здоров'я під методом фінансування ми розуміємо, і нашу думку підтримують інші дослідники [48, с. 27], спосіб розподілу фінансових ресурсів від фонд отримувача до медичної установи (у сімейного або приватного лікаря), що виступає надавачем медичної допомоги.

Світова практика використовує такі методи фінансування закладів охорони здоров'я як кошторисний, програмно-цільовий, оплата наданих медичних послуг. Програмно-цільовий та кошторисний методи дотепер є основними для фінансування закладів охорони здоров'я в Україні [46, с. 221].

Кошторисне фінансування — це виділення коштів на утримання закладів, установ і організацій, виконання певних програм і реалізацію певних заходів на підставі спеціального фінансового документа — кошторису [48, с. 309]. Саме кошторисне фінансування є традиційним та найбільш поширеним в Україні методом фінансування закладів охорони здоров'я. До переваг кошторисного фінансування відноситься можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Нормативи витрачання коштів, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклініки та лікарень. У тих же випадках, коли потрібно створити дієвий стимулюючий механізм, який би пов'язував обсяги фінансування з досягнутими результатами, переваги цього методу перетворюються на недоліки. По-перше, кошторисне фінансування не дозволяє оперативне змінювати розміри коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі його зміни, оперативне маневрувати коштами. У керівництва медичних закладів не залишається управлінської гнучкості, щоб оптимізувати діяльність, скорочувати неефективні видатки та запроваджувати інноваційні, не передбачені типовими настановами,

організаційні практики. По-друге, відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу, адже отримання фінансування жодним чином не залежить від результатів діяльності (ані від кількості наданих послуг, ані від їх якості), гроші з бюджету закладу охорони здоров'я — бюджетній установі надаються лише на підставі того, що ця установа існує, а заробітна плата її персоналу — за вихід на роботу відпрацьований час в межах окремих статей кошторису [49].

Програмно-цільовий метод — метод управління бюджетними коштами для досягнення конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу [47]. Програмно-цільове фінансування передбачає визначення об'єктів, чітких цілей фінансування і необхідних ресурсів, дозволяє уникнути нецільового використання бюджетних коштів. Воно спрямоване на результативне їх витрачання та передбачає персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних результатів бюджетних програм. Цінність цільового програмного фінансування полягає в тому, що воно дозволяє підходити до виконання програми комплексно. Характерними ознаками програмно-цільового методу, як зазначають С.І. Юрій, В.І. Стоян, О.С. , є: зосередженість на результатах, які мають бути досягнуті внаслідок виконання програм; можливість оцінки наслідків бюджетних рішень у процесі їх прийняття; посилення відповідальності за витрачання бюджетних коштів; можливість проведення аналізу витрат бюджетних коштів на основі показників результативності; забезпечення прозорості бюджетного процесу [49, с. 59]. Негативною особливістю програмно-цільового методу фінансування є те, що воно здійснюється за залишковим принципом: при нестачі бюджетних коштів призупиняється, в першу чергу, фінансування цільових програм.

Фінансування в формі оплати наданих медичних послуг є найточнішим методом визначення витрат. Воно може здійснюватися як залежно від

передбачуваного (запланованого), так і від обсягу наданих послуг і базується на розрахункових цінах (тарифах).

На сьогодні в Україні найважливішим пріоритетом державної політики проголошено збереження та зміцнення здоров'я нації на підставі проведення реформування сфери охорони здоров'я в цілому, з метою підвищення та якості медичної допомоги. І визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником — розпорядником бюджетних коштів. Обов'язковою умовою запровадження договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та незалежно від інших сторін організовувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів. Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії. З урахуванням світового досвіду автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації таких закладів охорони здоров'я у повноцінні суб'єктів господарювання — казенні та комунальні некомерційні підприємства [42].

Існуюча в державі модель фінансування закладів охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам інституційного суспільства та нівелює спроби керівництва до пошуку управлінських моделей та раціональних методів формування і використання фінансових ресурсів. Система охорони здоров'я України споживає загальних витрат біля 8% від ВВП країни, що перевищує показники деяких країн ЄС. Однак за обсягами державних витрат на

фінансування охорони здоров'я Україна продовжує значно поступатися переважній більшості країн Європейського регіону. Такий стан речей вимагає не тільки збільшення фінансування, але й ефективного використання фінансових ресурсів.

Відповідно до Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом. Надходження фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я протягом останніх років здійснювалось із основних джерел: державні кошти, які включають Зведений бюджет і соціальне страхування; приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій. З метою пошуку оптимальної структури джерел фінансування охорони здоров'я в 2017 році прийнято Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [51], яким регламентовано застосування н механізму фінансування закладів охорони здоров'я. Цим Законом 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. Новий механізм фінансування впроваджується поступово, на первинному рівні — з 2018 року, на інших рівнях — до 2020 року (додаток 1).

Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” регламентує таке:

- 1) впровадження гарантованого пакету медичних послуг населенню;
- 2) впровадження електронної системи охорони здоров'я;
- 3) впровадження механізму „гроші ідуть за пацієнтом”.

При розробці зазначених вище законодавчих актів використовувався досвід країн з організації діяльності систем охорони здоров'я, які базуються на різних принципах їх фінансового забезпечення:

- оплата загальних податків до державного бюджету (Велика Британія, Італія, Іспанія, Ірландія, країни Скандинавії);
- система обов'язкового медичного страхування (Японія, Німеччина, Бельгія, Австрія, Франція, Нідерланди);
- змішана система фінансування (США), де більша частина американців користується послугами приватних страхових компаній, а ті категорії населення, які не в змозі оплачувати страхові внески користуються медичною допомогою за рахунок спеціальних цільових державних програм доступної медичної допомоги.

Реформа фінансування галузі охорони здоров'я України передбачає перехід від фінансування медичних закладів відповідно до кошторису до оплати державою фактично наданої медичної допомоги конкретній людині. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» на практиці означає, що хворий звертається до конкретного лікаря за допомогою, а держава перераховує кошти в медичний заклад, в якому працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він має власну практику. Таким чином, якщо раніше держава утримувала медичні заклади, тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам.

Для запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка перераховує бюджетні кошти медичним закладам та лікарям-ФОП за надання медичної допомоги населенню. НСЗУ укладає угоди з усіма медичними закладами і гарантує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, яким в цих закладах буде надано медичну допомогу. Фінансування відбувається на умовах попередньої оплати.

Також вводиться поняття автономізації закладів охорони здоров'я в системі охорони здоров'я України - проект ЄС „Фінансування та управління

у сфері охорони здоров'я в Україні”, який фінансувався Європейським Союзом і виконувався GVG/СІІ/ЕРОS у 2003-2006 роках [52].

В рамках проекту щодо питання автономізації закладів охорони здоров'я було розроблено таке:

- проект Статуту центральної районної лікарні із статусом комунального некомерційного підприємства;
- зразок договору про державну закупівлю медичних послуг;
- „Стратегія реформування фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні” [53];
- посібник 2 „Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні” [88];
- посібник 3 „Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні” [54];
- посібник 4 „Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України” [55];
- посібник 5 „Розмежування замовника й постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг” [56];
- посібник 6 „Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення” [57];
- посібник 7 „Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях” [58];
- посібник 8 „Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні” [59];
- посібник 9 „Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно комунікаційної підтримки фінансування і управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях” [60];
- посібник 10 „Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні” [61];

- посібник 11 „Організація навчання адміністраторів системи охорони здоров'я та менеджерів медичних закладів в Україні” [97];

- посібник 12 „Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України” [62].

В посібниках представлені переваги управлінської автономії ЗОЗ, які змінюють свій статус на комунальні (державні) неприбуткові підприємства, та показано практичний вплив цього процесу на фінансування закладів охорони здоров'я та механізми господарювання. В посібниках представлені механізми впровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг, систему інформаційно комунікативних технологій, скеровану на підтримку реформи охорони здоров'я в країні у цілому та системи фінансування безпосередньо.

Як результат автономії, в умовах реформування в Україні системи фінансування охорони здоров'я створюються передумови застосування більш високих вимог до прийняття фінансових рішень, які розкривають для закладів охорони здоров'я в статусі казенних та комунальних неприбуткових підприємств нові можливості формування та використання фінансових ресурсів. Розвиток підходів до управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я пов'язаний з трансформаційними процесами, що відбуваються під впливом світових тенденцій.

Останніми роками науковцями та практиками доведено, що в умовах глобальних економічних перетворень основою успішного функціонування суб'єктів господарювання є фінансовий потік. Це обумовлено рядом причин.

По-перше, виокремлення об'єктом фінансового менеджменту фінансових ресурсів звужує коло його можливостей, оскільки визначені завдання не зводяться лише до їх формування та використання.

По-друге, процеси формування та використання фінансових ресурсів відображають тільки дві функції фінансового менеджменту як спеціальної сфери управління — управління активами та управління капіталом, та

враховують методи управління інвестиціями, фінансовими ризиками та антикризове фінансове управління.

По-третє, обсяги та рух фінансових ресурсів є елементами управління фінансовими потоками в їх динамічному та статичному стані.

Конструктивний аналіз поглядів науковців щодо сутності фінансових ресурсів [42, с. 13] свідчить, що найбільш сучасним до обґрунтування їх сутності є підхід, який базується на взаємозв'язку між фінансовими ресурсами та джерелами формування, а також максимально враховує особливості управління їх динамічним станом (фінансовими потоками).

За результатами аналізу доцільно виокремити ряд сучасних характерних рис фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Це такі:

— фінансові ресурси для забезпечення ефективності функціонування закладу охорони здоров'я повинні постійно відновлюватися та підтримуватися на достатньому рівні;

— формуються в результаті законодавчо визначених пропорцій між державними та недержавними джерелами фінансування;

— на стадії перерозподілу ВВП матеріалізуються у суспільне благо охорони здоров'я;

— обсяги їх надходжень до закладу охорони здоров'я визначаються повною залежністю від кількості пацієнтів;

— формуються у процесі надання медичних послуг різного спектру і складності, що ускладнює їх вимірювання та прогнозування;

— фінансові ресурси можуть трансформуватися у різні види економічних ресурсів, призначених для акумулювання його економічних вигод та приймають участь у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я в прямій формі фінансування, не утворюючи грошових фондів;

— фінансові ресурси піддаються впливу ризиків, оскільки їх формування та використання пов'язане з усіма видами ризиків, що асоціюються з активами;

— оптимальні обсяги фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я можуть забезпечуватися шляхом ефективного управління їх статичним і станами;

— рух фінансових ресурсів зумовлює зміну обсягів активів, власного капіталу та зобов'язань у просторі і часі, що визначає зміст фінансових потоків;

— формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я здійснюється під впливом фінансових відносин, які характерні для конкретного етапу розвитку економіки.

У закладах охорони здоров'я фінансові ресурси відображають сукупність коштів, які акумулюються за рахунок визначених діючим законодавством джерел фінансування, в активах для забезпечення поточних і майбутніх економічних вигод, змінюються у просторі і часі під впливом фінансових відносин, що виникають у процесі надання медичних послуг населенню.

Класифікаційні ознаки фінансових ресурсів та фінансових потоків у закладах охорони здоров'я наведено у табл. 1.2.

Надання якісної медичної допомоги в необхідному обсязі вимагає розширення і диверсифікації каналів фінансування медичної галузі.

Вважаємо, що додаткові фінансові ресурси можуть бути отримані з таких джерел:

1. Обов'язкове медичне страхування, послуги з якого надаватимуться страховими компаніями, які мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування.

Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між більшою кількістю застрахованих осіб. На відміну від інших державних зобов'язань, витрати на лікування окремого громадянина важко передбачити як з точки зору ймовірності таких витрат, так і з точки зору величини.

Таблиця 1.2 - Класифікація фінансових ресурсів та фінансових потоків у закладах охорони здоров'я

Ознака класифікації	Види фінансових ресурсів	Вид фінансового потоку
За способом формування	– державні; – приватні	– державні; – приватні
За джерелами формування	– кошти державного бюджету – кошти місцевого бюджету – кошти власних надходжень	– загальнодержавні – муніципальні – приватні
За методами надходження	– сформовані з використанням фіскальних методів – сформовані в результаті надання медичних послуг – сформовані на благодійних засадах – сформовані в межах грантових програм	– регламентовані – системоутворюючі – благодійні – грантові
За характером формування	– кошти, отримані за надані медичні послуги, що передбачені програмою медичних гарантій – кошти, отримані за надані медичні послуги, що не передбачені програмою медичних гарантій – кошти, отримані за державними програмами, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій – кошти, отримані за місцевими програмами громадського здоров'я – кошти, отримані за державними програмами громадського здоров'я; – кошти, отримані за державними програмами розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я – кошти, отримані за місцевими програмами розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я – кошти, отримані за медичні послуги, що надані певних категоріям осіб, які фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів	– гарантовані – загальнодержавного призначення – для забезпечення громадського здоров'я – розвитку – інші
За напрямками використання	– вкладені в необоротні активи – вкладені в оборотні активи	– капітальні – поточні
За формами фінансового забезпечення	– бюджетні кошти – кошти страхових фондів – кошти від надання платних послуг;	– бюджетні – страхові – комерційні

	– кошти міжнародних донорських організацій	– донорські
--	--	-------------

Що більшу кількість внесків залучає страховик, то стійкішою є система з точки зору спроможності задовольнити несподівані витрати будь-якого нового випадку.

Саме тому обов'язкове медичне страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, у разі виникнення у населення потреби у них.

Іншим варіантом запровадження обов'язкового медичного страхування є формування фонду як особливого виду бюджетних (консолідованих) коштів на основі внесків роботодавців, працівників і держави (залежно від того, хто застрахований). Розпорядником цих коштів може бути НСЗУ, що має інформацію щодо технічних, матеріальних і професійних можливостей надання медичних послуг різними медичними закладами України. Внески на медичне страхування повинні сплачувати роботодавці, які зацікавлені у здоров'ї працівників, це потребує ухвалення Верховною Радою України у найближчий час відповідного закону. При цьому за дітей, студентську молодь та людей пенсійного віку обов'язкові внески на медичне страхування може сплачувати держава.

2. Кошти фондів добровільного медичного страхування. Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією. На жаль, такий вид страхування є недоступним для працівників з низькими доходами, не кажучи про малозабезпечені верстви населення. Як правило, поліси добровільного медичного страхування працівники окремих, часто іноземних компаній отримують разом з роботою в якості елемента бонусної системи. При цьому застрахованими є усі працівники організації або підприємства. Такий елемент «обов'язковості» у добровільному медичному страхуванні дозволяє страховим компаніям

наповнювати страхові пули людьми, з якими страховий випадок може статися з прогнозованою (з даних про вік, спадкові захворювання, спосіб життя тощо) статистичною ймовірністю. Водночас, якщо споживачами послуг добровільного медичного страхування будуть виключно особи, які самостійно звертаються до страхових компаній, існує ймовірність реалізації ризику «негативного відбору» до пулів страхування – адже в умовах асиметричності інформації (коли клієнт страхової компанії знає про своє здоров'я і наміри використовувати медичні послуги в страховому періоді незрівнянно більше, ніж його страхова компанія) поліси страхування схильні купувати особи, для яких прогнозовані страхові виплати перевищуватимуть витрати на придбання полісу страхування. Саме з мотивів запобігання збиткам від поширеності такої моделі поведінки страхові організації нині встановлюють суттєві обмеження на суми страхових виплат. З одного боку, це дозволяє їм утримувати певний рівень прибутковості від надання послуг добровільного медичного страхування, з іншого – знижує привабливість таких програм для споживачів і відповідно – обмежує потенціал розвитку ринку страхування у цьому сегменті.

3. Кошти населення частіше залучаються у випадках, коли окремі види медичних послуг надаються на умовах спів платежів – частково вони фінансуються за рахунок бюджетних ресурсів, іншу частину оплачують домогосподарства. Система спів платежів є вирішальною у випадках, коли медичну послугу пацієнт прагне отримати з власної ініціативи, а її ненадання не загрожує його здоров'ю. Крім того, доцільно її застосовувати тоді, коли гарантовану державою медичну послугу (як-то аналізи, діагностичні процедури) пацієнт прагне отримати у комфортніших за стандартні умовах або позачергово.

4. Державно-приватне партнерство (ДПП) у формі менеджменту (facility management).

Спеціалізований менеджмент зменшує витрати на утримання об'єктів нерухомості з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом

найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдальнь тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. У такому разі всі непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводяться на аутсорсингу. Юридично фази літі-менеджмент може бути оформлений двома способами. Перший спосіб – це повний усіх непрофільних функцій спеціалізованій керуючій компанії (шляхом укладення договору управління майном). Другий – це аутсорсингу окремих функцій шляхом укладення декількох договорів.

Ключовим моментом у визначенні переваг менеджменту є те, що медичні працівники (лікарі, середній та молодший персонал, санітари та ін.) та адміністрація (головний лікар, заступники головного лікаря, керівники підрозділів та ін.) отримують можливість повністю сконцентруватися на своїх основних професійних функціях – організації надання та безпосередньому наданні медичної допомоги.

Доцільність застосування менеджменту в Україні визначається тим, що значна частина бюджетних коштів витрачається на забезпечення непрофільних функцій закладів охорони здоров'я – проведення капітального ремонту у медичному закладі або закупівлю й обслуговування вартісного медичного обладнання тощо. Тому така форма ДПП як менеджмент стане дієвим способом економії бюджетних коштів через зменшення витрат на утримання об'єктів нерухомості у галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням якості медичних послуг, економії коштів на закупівля.

5. Доцільним є використання коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб; коштів, одержаних за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Проте, зважаючи на епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові,

незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі.

Висновки до розділу

Теоретичне узагальнення та системний аналіз підходів до трактування понять «розвиток», «розвиток підприємства (організації)» дає змогу дійти висновку про відсутність єдності у визначенні поняття, наявність у різноманітних трактуваннях лише деяких властивостей та окремих аспектів розвитку. Критичний аналіз підходів до трактування поняття «розвиток» та дослідження поглядів науковців до відокремлення характеристик дали змогу встановити існування двох полярних груп властивостей розвитку. Контент-аналіз підходів до визначення сутності поняття «розвиток підприємства» дає змогу виділити 15 критеріїв, що найбільш змістовно характеризують сучасні тенденції, напрями та можливості розвитку підприємства.

Реформа фінансування галузі охорони здоров'я України передбачає впровадження нової моделі функціонування системи охорони здоров'я, за якої фінансування медичних закладів здійснюється відповідно до складеного НСЗУ кошторису наданої медичної допомоги конкретній людині за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Нову модель фінансування охорони здоров'я запроваджено на ланці медичної допомоги, за якою працюють сімейні лікарі, педіатри. На інших рівнях – вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) вона буде запроваджена до 2020 р.

Для подальшого розвитку медичної галузі необхідним є розроблення та впровадження такої системи фінансування галузі охорони здоров'я, яка б врахувала як можливості створення передумов для розвитку закладів охорони здоров'я, так і можливості й потреби громадян. З цією метою доцільним є поєднання джерел фінансування, що у значній мірі дозволить покращити як фінансування медицини, так і якість послуг, що надаватимуться.

2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА "КАЛИНІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" КАЛИНІВСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ

2.1 Аналіз стану галузі охорони здоров'я та діяльності медичних закладів Вінницької області

Україна успадкувала систему охорони здоров'я, як і більшість галузей економіки та соціальної політики, від Радянського Союзу. У цій моделі вся система була державною власністю та орієнтувалася на утримання лікарень управлінням та надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні випадків при мінімальній профілактиці. Ця система не була орієнтована на задоволення потреб населення та виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики, спричинені неінфекційними захворюваннями. Вона була сформована у тоталітарній державі, в якій права і здоров'я громадян не були реальним пріоритетом.

Станом на 2016 рік українська системи охорони здоров'я мала такі характеристики:

- суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності: у 2017 році різниця середньої тривалості життя в Україні та країнах Європейського союзу складала десять років - 71,7 та 81,9 відповідно (рис.2.1).

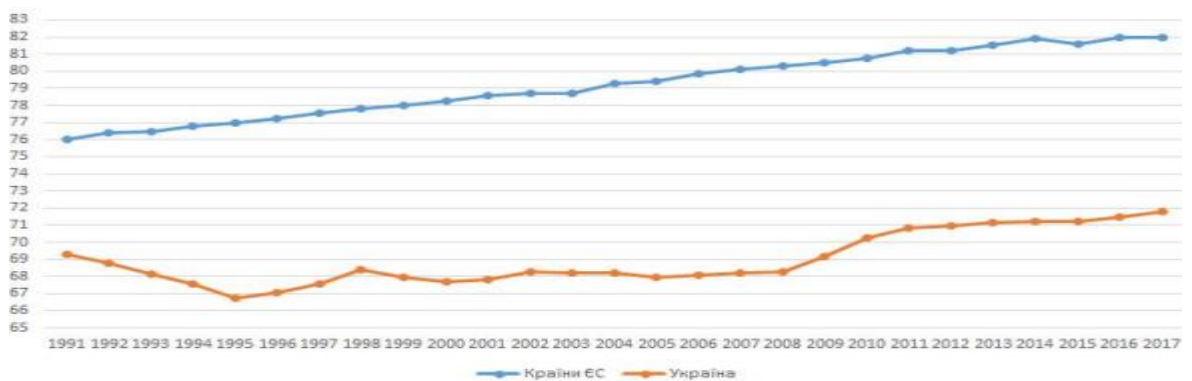


Рисунок 2.1 – Динаміка тривалості життя

- низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяє забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та залишає пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів;

- застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування (модель Семашко), що призводила до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг.

Одним із ключових чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни.

Інша важлива причина незадовільних показників – це фундаментальні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я. Незважаючи на величезну кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації. Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене станом закладів охорони здоров'я. У державному та комунальному управлінні перебуває понад 2,2 тисячі лікарень та більше 400 тисяч лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами ЄС (рисунок 2.2). Однак 75% згаданих ліжок мають низький потенціал до надання послуг, оскільки розташовані в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та обмеження дуже мала кількість закладів здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування.

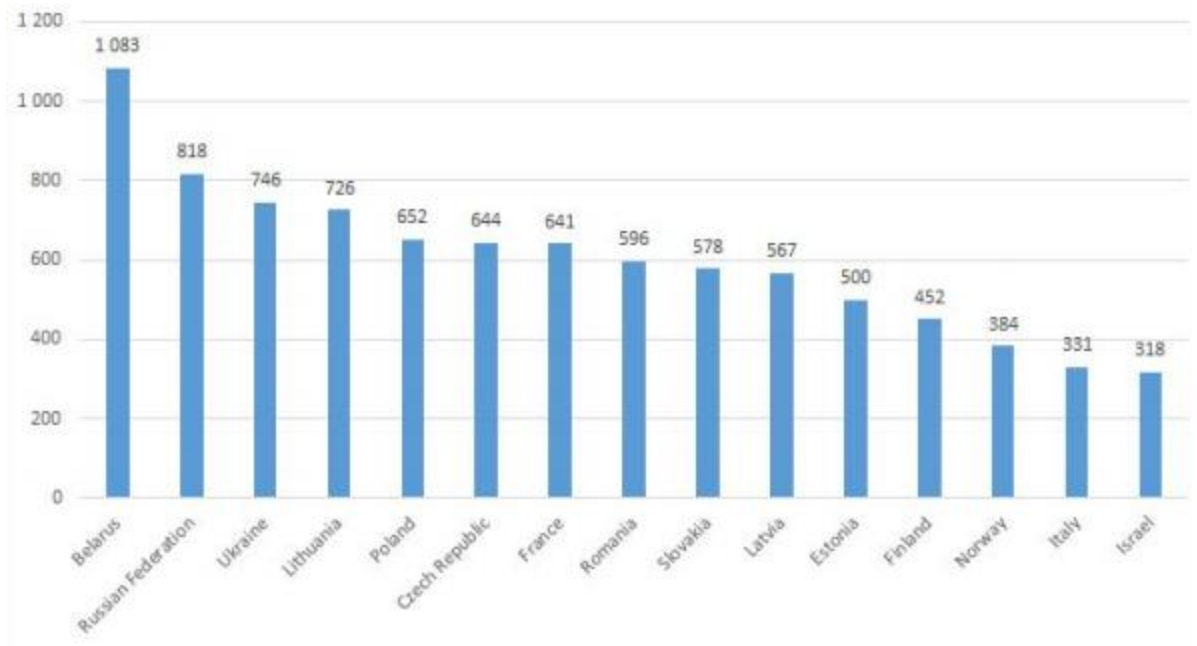


Рисунок 2.2 – Ліжко-місця на 100 тис. населення, шт

До початку процесу трансформації системи охорони здоров'я розподіл ресурсів здійснювався центральними органами влади за застарілими галузевими нормами, переважно на основі даних щодо штатного розпису та кількості лікарняних ліжок. Кошториси розписувалися відповідно до жорсткої економічної класифікації, що не дозволяло переносити кошти з однієї статті до іншої, або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг. Кошти витрачалися відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, а не витрачені гроші на кінець року необхідно було повертати до державного бюджету, що робило управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним.

Витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні у співвідношенні з державними, були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи. Переважна більшість витрат – 95% – були виплачені домогосподарствами, а 5% припадали на страхові виплати, донорську та міжнародну допомогу.

Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишається мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Більшість витрат домогосподарств на охорону здоров'я, що складала від 3% ВВП (близько 43 млрд грн) у 2012 до майже 4% ВВП (близько 95 млрд грн) у 2016 роках, були виплачені безпосередньо надавачам послуг. Такий рівень приватних видатків часто призводить до катастрофічних наслідків для бюджетів домогосподарств. Відповідно більшість пацієнтів не можуть собі дозволити медичну допомогу. Вони вимушені затягувати із початком або відкладати продовження лікування, що веде до високої смертності, зниження якості життя українців із хронічними станами.

Протягом 2012-2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в Україні в середньому становили 7,7% ВВП на рік (приблизно 4,1% за рахунок державного бюджету та приблизно 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків домогосподарств), що насправді не сильно відрізняється від загальносвітового та європейського тренду. У Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає лише \$200, що значно нижче, ніж \$3340 в середньому по ЄС, що також включає в себе Польщу - \$809, Болгарію - \$612 і Румунію - \$476.

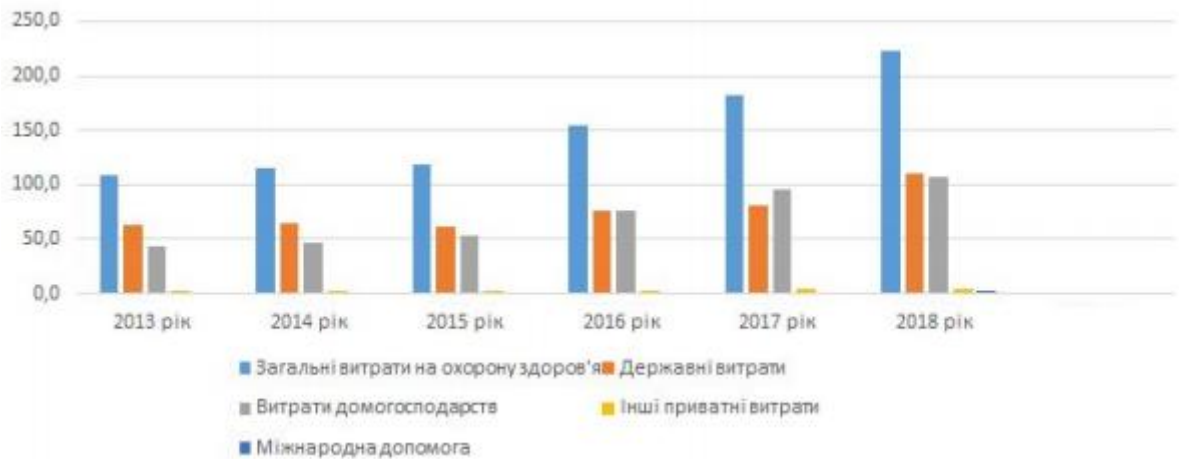


Рисунок 2.3 – Видатки на охорону здоров'я в номінальному значенні



Рисунок 2.4 – Видатки на охорону здоров'я в цінах 2012 року (реальне значення)

Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим. Видатки Міністерства соціальної політики у два з половиною рази перевищують видатки МОЗ. Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки МОЗ. Тут варто окремо зауважити, що підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я є відповідальністю МОЗ та відповідно фінансується з його бюджету, тоді як інших спеціальностей - з бюджету МОН.

Таблиця 2.1 - Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями (млрд грн)

	2015	2016	2017	2018	2019
МОЗ	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
МОН	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Мінсоц	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
пенсійний фонд	94,81	143, 01	133, 69	149, 97	166,51

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує 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 є кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру індивідуальних внесків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджується принцип "гроші ходять за пацієнтом".

Для ефективного переходу на нову систему фінансування було створено платформу для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді - систему електронної охорони здоров'я (eHealth). Така електронна система дозволить реалізувати принцип "гроші

ходять за пацієнтом”, а також аналізувати ситуацію зі станом здоров’я населення, щоб оперативне розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти.

Модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальним кроком, тому передбачені зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров’я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров’я в новоутворених округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної комунікації і роз’яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення.

Новостворені госпітальні округи — це функціональні об’єднання закладів охорони здоров’я, розміщених на відповідній території, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню цієї території. Метою їх створення є пацієнтам своєчасності доступу до спеціалізованої медичної допомоги та забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

Таким чином, починаючи з 2016 року Міністерство розпочало впровадження необхідних для комплексних змін галузі кроків за напрямками:

Трансформація первинної ланки. Трансформація системи охорони здоров’я в Україні розпочалася з первинної ланки у 2018 році. Вперше в історії українці змогли обрати свого сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від місця реєстрації. Усі послуги для пацієнтів покривають на 100% з державного бюджету. НСЗУ здійснює оплату закладу первинки за кожного підписаного пацієнта, а зсічня по липень 2019 року НСЗУ виплатила закладам первинної медичної допомоги 9,5 млрд грн. Станом на липень 2019

року свого сімейного лікаря вже обрали понад 28 мільйонів українців, 76% наших співгромадян задоволені своїм вибором. Заклади первинки також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість розпоряджатись власними коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність використання активів. Керівник закладу може встановлювати будь які форми оплати праці персоналу, що допускаються законодавством, вкладати вільні кошти в оснащення або додатково наймати лікарів-ФОП. Тепер лікарі, які ефективно працюють, отримують заробітну плату, що зросла 2-4 рази.

Оптимізація мережі закладів системи охорони здоров'я. Відповідно до змін поточної системи, яка фінансує медичні заклади залежно від кількості мешканців (розмір медичної субвенції в регіони залежить від кількості населення), відбувається оптимізація мережі медичних установ. Утворюються госпітальні округи, які охоплюватимуть центральну лікарню, що має надавати об'єм медичної допомоги на рівні БЛІЛ першого рівня (БЛІЛ - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування), де лікуватимуть найскладніші випадки, та інші лікарні на рівні БЛІЛ другого рівня, що виконуватимуть допоміжні функції. У межах госпітального округу пацієнт повинен мати змогу дістатися до центральної лікарні (самостійно або «швидкою допомогою») протягом 60 хвилин.

Запровадження електронної системи охорони здоров'я. Створено електронну систему охорони здоров'я eHealth, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Вона дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на здоров'я державні кошти й запобігати зловживанням. З квітня урядова програма "Доступні ліки" перейшла під управління НСЗУ. Пацієнти отримуватимуть ліки лише за електронними рецептами виключно в системі eHealth. В тестовому режимі працює електронна медична картка, наразі доступна для лікарів первинної ланки. Триває робота над електронними лікарняними листами, що повністю замінять паперові. Станом на 30.07.2019 в системі

zareєстровано 28 174 013 декларацій з лікарями первинної ланки, що становить понад 66% населення України, виписано понад 4,6 млн електронних рецептів. Міністерство розробило і погоджує Концепцію інформатизації охорони здоров'я. Сучасна електронна система охорони здоров'я є невід'ємною частиною трансформації охорони здоров'я України.

Міжнародні закупівлі ліків та мед виробів МОЗ. України почало здійснювати централізовані закупівлі ліків за державний кошт через міжнародні організації. Завдяки державним через міжнародні організації, в Україні з'явилося 76 нових препаратів, які зареєстровані та доступні для громадян. Також державні закупівлі через міжнародні організації дозволили закуповувати ті самі ліки значно дешевше. Наприклад, 90% препаратів за напрямком онкології сьогодні закуповують дешевше, ніж 2014 року. Окрім того, згідно з висновками аудиту Рахункової Палати у 2017 році було зафіксовано економію бюджетних коштів до 39%. Наприкінці 2018 року створили ДП “Медичні закупівлі України”. Ця агенція повинна стати основною закупівельною організацією та забезпечувати прозоре, якісне та своєчасне постачання препаратів.

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні – запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допомагає опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини.

До кінця 2020 року також буде всі заклади охорони здоров'я, що будуть підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій. Це крок до формування єдиного медичного простору, коли всі лікарні, в тому числі і відомчі, стануть доступними для українців.

Система надання екстреної медичної допомоги в 2020 році буде трансформована відповідно до сучасних норм та практик. Для цього Міністерством розроблено та затверджено Концепцію розвитку системи

медичної допомоги. Будуть запроваджені зміни в систему алгоритмів диспетчеризації. Передбачено створення нової IT-інфраструктури, оновлення протоколів диспетчерів та командних дій бригад, оновлено вимог до обладнання та закуплено нові автомобілі. Перебудова приймальних відділень в лікарнях здійснена з урахуванням нових протоколів дій в медичному закладі з доступом до обладнання 24/7.

Концепція також передбачає, що понад 33 тис. фахівців ЕМД впродовж 2019-2023 років пройдуть підготовку для здобуття професійної кваліфікації «парамедик» та «екстрений медичний технік», що стане передумовою зростання оплати праці.

У 2019 році розпочався пілотний проект з розвитку системи екстреної медичної допомоги у 5 областях та м. Києві. Заплановано закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплати медикам, які пройдуть нову програму підготовки інструкторів, й покращення роботи диспетчерів. У лютому розпочались зміни у системі професійної підготовки працівників екстреної медицини і вже групи тренерів пройшли навчання за кращими світовими стандартами. Працівники, які пройдуть тренінги, зможуть обійняти посади пара медиків та отримати нові умови праці. У травні Кабінет Міністрів України направив кошти для закупівель апаратно-програмного комплексу оперативне диспетчерських служб усіх регіонів України, які мають таку потребу.

За участі представників екстреної допомоги пілотних областей розроблені технічні умови для проведення закупівель машин швидкої допомоги. З 01.08 19 року в регіони має піти субвенція на закупівлю понад 400 машин екстреної допомоги.

Розпочався процес створення всіх умов для розвитку трансплантації. У 2019 році було внесено відповідні зміни в Закон, що регулює трансплантацію в Україні. Розроблено функціонал Єдиної державної інформаційної системи трансплантації (далі ЄДІСТ). На базі Запорізького медичного університету розпочалося навчання . Закуплено обладнання для чотирьох медичних

закладів - учасників пілотного проекту. У 2020 році нова система трансплантації продовжить набирати спроможності та розгортатися по всій країні.

Системні зміни відбуваються у лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні, які зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Відбувається розбудова реперфузійної мережі по всій країні. На сьогодні функціонує 42 цілодобових карді центри, які покривають приблизно 90% території України, з радіусом охоплення 70 км. Це забезпечує пацієнтів до закладу. Ще для 31 центру закуплено обладнання, та протягом 2019-2020 року вони відкриють двері для пацієнтів після проведених капітальних ремонтів. Всі карді центри - це спільна робота місцевої влади, МОЗ України та Світового банку. Показник летальності в реперфузійних центрах нижчий, ніж середній показник по Україні (4,7% проти 12,3% відповідно). Це втричі більше людей, які раніше б не отримали належної допомоги через застарілу систему.

В карді центрі забезпечується надання допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST. Показники летальності від зазначеного типу інфаркту в областях із реперфузійними центрами зменшилася в 2,6 раза у порівнянні з 2015 роком. Збільшилась і сама кількість скенувань завдяки за купівлям та розподілу стентів. Через міжнародні організації закуплено 25 тис. стентів. Це означає, що потреба для безкоштовного лікування хворих з інфарктом міокарду покрита стовідсотково.

Нова формула та витратних матеріалів між закладами охорони здоров'я незалежно від їх підпорядкування створює справедливу і логічну систему забезпечення карді центрів відповідно до кількості проведених стентувань. У результаті пацієнт з гострим інфарктом міокарда, що доставляється каретою швидкої, повністю забезпечений стентами та витратними матеріалами, необхідними для проведення операції.

Станом на перше січня 2020 року у Вінницькій області функціонують 138 медичних закладів (у 2015 році 122 заклади): 54 заклади первинної допомоги, до складу яких входить 309 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (з яких 218 сільських) та 734 ФАПи та ФП, 48 закладів вторинної медичної допомоги, 36 закладів обласного підпорядкування (рисунок 2.5).

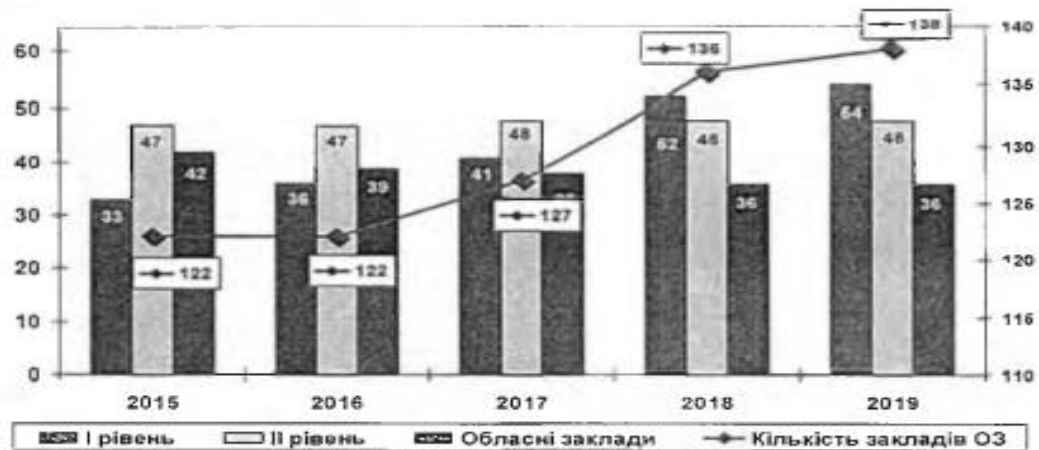


Рисунок 2.5 - Ресурси галузі охорони здоров'я Вінницької області

За період з 2015 по 2019 роки кількість закладів первинної медичної допомоги Вінницької області зросла з 33 до 54 одиниць. В рамках децентралізації у сфері охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад в області створено, пройшли реєстрацію та функціонують 19 нових закладів первинної медико-санітарної допомоги.

За період з 2015 по 2019 роки кількість закладів вторинної медичної допомоги Вінницької області зросла з 47 до 48 одиниць. В рамках проекту «Складова розвитку системи охорони здоров'я Вінницької області, спрямована на покращення медичної допомоги хворим з серцево-судинною патологією» за ресурсної підтримки Проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я у людей» в області створено Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу в області надають заклади первинної медико-санітарної допомоги, а також консультативні поліклініки

лікарняно-профілактичних закладів вторинного, третинного рівнів. Станом на перше січня 2020 року потужність ліжкового фонду області становить 9 708 ліжок. Забезпеченість ліжками становить 62,5 на 10 тис. населення.

В закладах охорони здоров'я вінницької області розгорнуто і функціонують 5 591 ліжок вторинного рівня медичної допомоги (57,6% загальної потужності ліжкового фонду цілодобових стаціонарів, з них 1 230 ліжок у обласному центрі), та 4 117 ліжок на третинному рівні.

Таблиця 2.2 - Окремі показники використання потужностей стаціонарного сектору охорони здоров'я Вінницької області

	К-ть ліжок (абс.)	Частка ліжок в структурі ліжкового фонду (%)	Забезпеченість ліжками на 10 тис. нас.	Рівень госпіталізації на 100 нас.	Зайнятість ліжка	Середній термін лікування
Вторинний рівень	5591	57,6	36,0	147,3	310,9	7,7
Третинний рівень	4117	42,4	26,5	62,1	329,8	14,3

Питома вага ліжкового фонду охорони здоров'я Вінницької області в структурі лікувально-профілактичних закладів Міністерства охорони здоров'я України складає 3,5%, частка стаціонарно пролікованих мешканців регіону серед госпіталізованих в межах країни - 3,9%. Відбувається скорочення чисельності пролікованих в стаціонарі - з 342,4 тис. осіб у 2015 році до 326,4 тис. пацієнтів у 2019 році, або на 4,6%. Забезпечено виконання нормативного показника зайнятості стаціонарного ліжка. Середній термін госпіталізації в стаціонар скоротився 9,7 у 2019 році. Показник летальності в цілому по області склав 1.

В структурі ліжкового фонду закладів охорони здоров'я області переважають ліжка семи профілів, сумарна потужність яких складає понад половину загального ліжкового фонду: психіатричні - 9,8%, неврологічні - 9,2%, хірургічні - 7,3%, педіатричні - 6,5%, травматологічні - 4,0%, кардіологічні - 3,7%.

За результатами аналізу ефективності використання потужностей ліжкового фонду, клінічної експертизи якості медичної допомоги населенню скорочено наднормативні ліжка і забезпеченість населення області цілодобовими ліжками скоротилась з 67,2 до 62,5 на 10 тис. населення.

У Вінницькій області створено один госпітальний округ. Визначені 8 окружних лікарень інтенсивного лікування першого рівня та 2 окружні лікарні інтенсивного лікування рівня.

Відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» у 2013 році в області на базі центральних районних лікарень створено 31 відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги шляхом реорганізації відділень лікарень.

Упродовж 2015 року розпочато функціонування чотирьох відділень екстреної медичної допомоги з ліжками загальною потужністю 22 ліжка.

На виконання відповідних директивних документів МОЗ України станом на перше січня .2020 р. відділення екстреної медичної допомоги загальною потужністю 72 ліжка розгорнуто у 10 закладах вторинного рівня надання медичної допомоги, а саме: Літинська центральна районна лікарня, центральна районна лікарня, Оратівська центральна районна лікарня, Піщанська лікарня відновного лікування, Чернівецька лікарня відновного лікування, центральна районна лікарня, Шаргородська центральна районна лікарня, Вінницька міська клінічна лікарня №1, Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги.

Пріоритетним напрямом реформування стаціонарного сектору в регіоні залишається подальший розвиток високоспеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 2.3 - Порівняльний аналіз показників забезпеченості ліжками окремих профілів населення Вінницької області та України станом на 1 січня 2020р. (на 10 тис. населення)

	Вінницька обл.		Україна	
	дорослі	дитячі	дорослі	дитячі
Кардіологічні	2,4	0,1	3,2	0,2
Кардіохірургічні	0,01	-	0,2	0,04
Неврологічні	5,8	0,4	5,3	0,4
Онкологічні	1,8	0,1	1,9	0,2
Нефрологічні	0,3	0,1	0,3	0,2
Ендокринологічні	0,6	0,1	0,7	0,1
Протитуберкульозні	2,2	0,2	2,9	0,2
Хоспіс	0,3	-	-	-
Ліжка ЕМД	0,5	-	-	-

Станом на 1 січня 2020 року спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу у стаціонарах згаданих профілів надають 19 обласних багатопрофільних та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів з стаціонаром, десять з яких функціонують безпосередньо у м. Вінниці.

Оптимізація діяльності ліжкового фонду здійснювалась за рахунок інноваційної діяльності, впровадження модернізованих клінічних протоколів та стандартів лікування, інтенсивної складової, що крім того, дозволило скоротити середні терміни лікування та лікарняну летальність.

Як засвідчує порівняльний аналіз функціонування лікарняних закладів Вінницької та інших областей та України загалом, скорочено наднормативні потужності цілодобових стаціонарів, дотримання рекомендованих показників їх використання. Лікарняна летальність у Вінницькій області залишається нижчою відповідних обласних та середнього республіканського показників (рис. 2.6, 2.7).

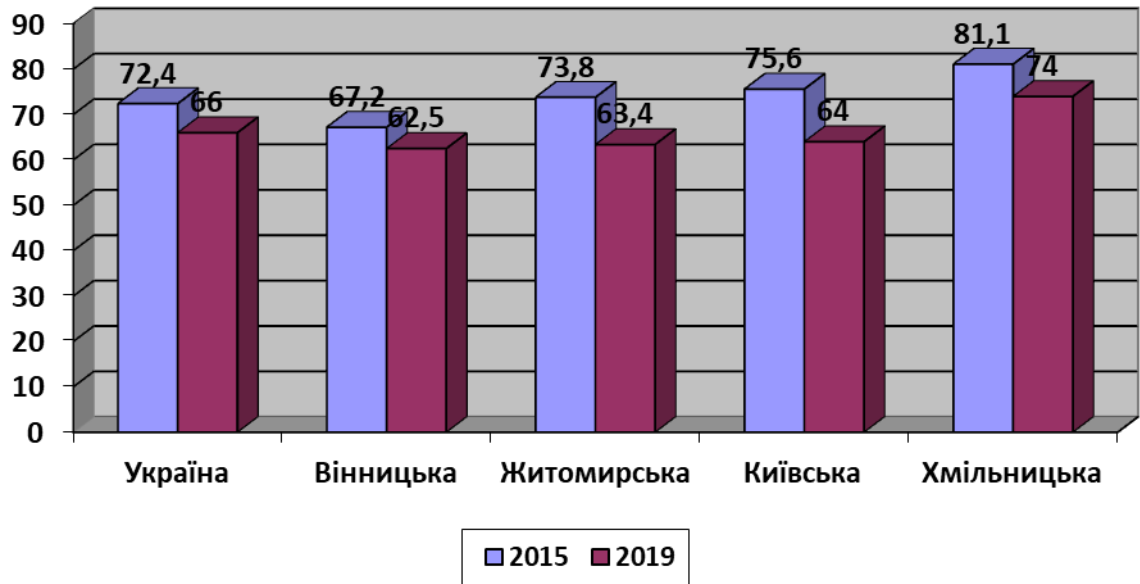


Рисунок 2.6 - Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення

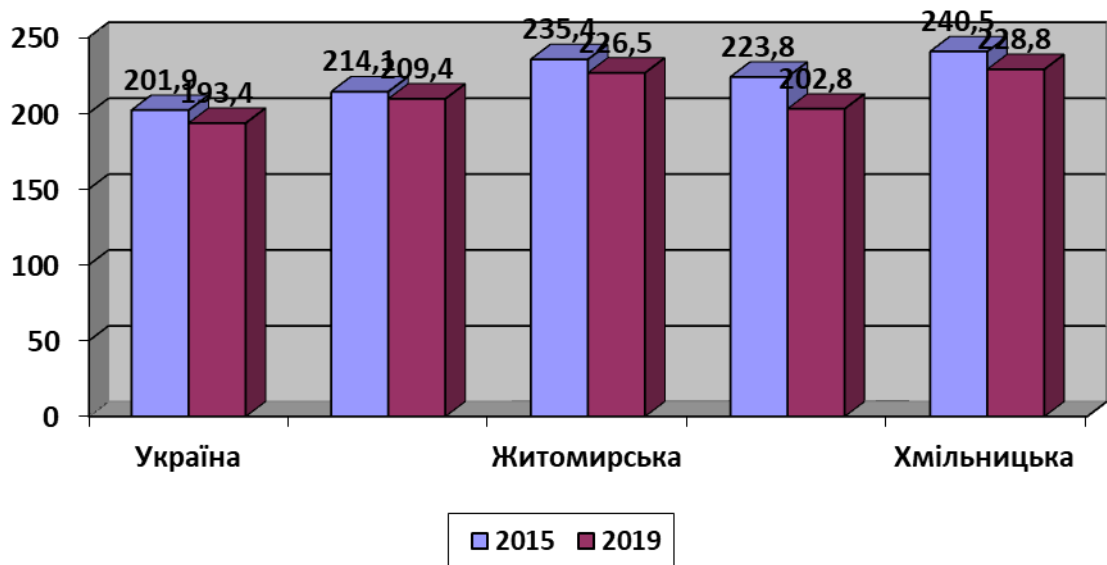


Рисунок 2.7 - Рівень госпіталізації на 1 тис. населення

В Вінницькій області за останні роки разом із скороченням наднормативних неефективно працюючих потужностей цілодобових стаціонарів відбувались реорганізація й перепрофілювання лікарняних закладів з подальшим розвитком високоспеціалізованої медичної допомоги.

На сьогодні структура потреби у різних видах медичної допомоги виглядає таким чином: 25%-первинка; 60% - вторинна, 12% - третинний рівень та 3% - державні заклади та науково-дослідні інститути. Відповідно до стандартів розвинутих країн ця структура має інший вигляд і питома вага первинки складає левову частку надання всієї медичної допомоги - 75%, вторинна - лише 15%, третинний рівень поділено відповідно на 7%- обласні заклади охорони здоров'я ; в області відбуваються кардинальні зміни спеціалізованої медичної допомоги в рамках реалізації медичної реформи з метою покращення охорони здоров'я на службі у людей.

Одним із пріоритетів розвитку Вінницької області на 2027 рік визначено завершення адміністративно-територіальної реформи та регіональний розвиток, у тому числі розвиток людських ресурсів, здоров'я населення, створення нових високотехнологічних наукомістких та інноваційних організацій спеціалізованої медичної допомоги в рамках реалізації медичної реформи з метою покращення охорони здоров'я на службі у людей.

Реформа децентралізації сприятиме оптимізації державних та місцевих органів влади та їх інституцій, активізації міжмуніципального співробітництва, формуванню фінансово спроможних територіальних громад, покращенню їх соціально-медичної інфраструктури.

Вінниччина має високий потенціал до економічного перетворення за принципом смарт-спеціалізації у сфері розвитку оздоровчого та лікувального туризму за такими напрямками, зокрема: лікування хвороби серця (на базі КЗ «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології», відділення інтервенційної кардіології та терапії у Могилів-подільській ОЛІЛ); лікування опорно-рухового апарату та неврології (на базі лікувальних закладів м. Хмільник, Северинівської лікарні відновного лікування, с. Северинівка Жмеринський район); оздоровча реабілітація учасників і ветеранів АТО/ОСС (на базі Вінницького обласного госпіталя ветеранів війни, який останніх п'ять років заклад визнається по

рейтингу одним з кращих закладів подібного типу для даних верств населення).

Упровадження національної реформи в медичній галузі передбачає зміни в розмежуванні рівнів надання медичної допомоги та принципу фінансування медичних закладів задля того, щоб забезпечити населення, незалежно від місця проживання, медичними послугами та медикаментами належної якості - в межах гарантованого пакету медичної допомоги. Належна якість надання медичних послуг у Вінницькій області має забезпечуватися завдяки оптимізації мережі медичних закладів вторинного та третинного рівнів за рівнем спеціалізації у межах «медичних госпітальних округів», покращення матеріально-технічної бази, під'єднання до електронної системи охорони здоров'я тощо. Розвиток системи екстреної допомоги, яка має бути доступною як для міського, так і для сільського населення, що мешкає у найбільш віддалених громадах.

Окрім розвитку мережі лікувальних закладів, для покращення стану здоров'я населення Вінницької області створюються умови для своєчасної профілактики, відновного лікування та реабілітації. Реалізація основного принципу реформи «гроші йдуть за пацієнтом» має стимулювати всіх надавачів медичної допомоги Вінницької області у забезпеченні своїх пацієнтів найкращим обслуговуванням, так як населення може звертатись за медичними послугами як до комунальних, так і до приватних медичних установ, якщо ними підписані договори із Національною службою здоров'я. Нове конкурентне середовище у медичній галузі спонукатиме комунальні заклади запроваджувати сучасні підходи до управління закладом та персоналом, поліпшувати якість надання послуг.

Джерелами фінансування розвитку пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я в Вінницькій області є: кошти державного та обласного бюджетів, ДФРР, МТД та інші джерела, не заборонені законодавством.

Індикаторами досягнення поставлених цілей визначено такі: зниження смертності хворих області від серцево-судинної патології на 5%; зменшення

кількості ускладнень від серцево-судинних захворювань у осіб працездатного віку на 10%; зменшення перебування хворого на стаціонарному ліжку при соматичних захворюваннях на 15%; зниження тимчасової втрати працездатності на 9%; зменшення стійкої втрати працездатності на 6%; зниження рівня смертності на 3%.

2.2 Загальна характеристика діяльності Калинівської ЦРЛ

Комунальне неприбуткове підприємство «Калинівська центральна районна лікарня» Калинівської районної ради є закладом охорони здоров'я, що підпорядковується Калинівській районній раді та Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Калинівська центральна районна лікарня являється багатoproфільним медичним закладом, який надає спеціалізовану вторинну медичну допомогу населенню району і обслуговує 58 281 чоловік. В складі ЦРЛ функціонує стаціонар на 225 ліжок по 12 профілям та поліклініки на 500 відвідувань в зміну. Забезпеченість ліжками населення району на 10 тис. становить 38,61.

Калинівська ЦРЛ має у своєму складі поліклінічне відділення, де

- надаються консультації лікарів-спеціалістів (терапевт, кардіолог, невролог, хірург дорослий, травматолог – ортопед, офтальмолог дорослий, психіатр, гастроентеролог, ендокринолог, нарколог, пульмонології – алерголог, хірург дитячий, офтальмолог дитячий, отоларинголог дитячий, психіатр дитячий, дерматол венеролог, фтизіатр, інфекціоніст, акушер-гінеколог, акушер-гінеколог дитячий, стоматолог, фізіотерапевт);

- виконуються діагностичні обстеження (рентгенографія (органів грудної клітки, черевної порожнини, кісток верхніх та нижніх кінцівок, черепа, зубів); флюорографія органів грудної клітки; електрокардіографія в

спокій та з навантаженням (велоергометрія); спірографія; ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, малого тазу, суди та суглобів; вимірювання внутрішні очного тиску (тонометрія); вимірювання артеріального тиску; кардіологія (запис серцебиття плоду); я (огляд прямої кишки); діагностичне зондування шлункового тракту (Ph-метрія); встановлення факту алкогольного сп'яніння у повітрі (кількісний метод));

- надаються послуги та процедури фізіотерапевтичним відділенням: електрофорез (загальної та сегментарної дії); УВЧ-терапеія; ампліпульстерапія; ампліпульсфорез; електропунктура; дарсонвалізація (загальна, місцева); магнітотерапія; аерозольтерапія (небула зерна терапія та тепло-вологі інгаляції); масаж; голкорексфлексотерапія; лікувальна гімнастика.

Клініко – діагностична лабораторія Калинівської ЦРЛ виконує різноманітні загально-клінічні та біохімічні дослідження.

Окрім цього Калинівська ЦРЛ має у своєму складі стаціонарні відділення, де надається екстрена та планова вторинна спеціалізована медична допомога.. Структура ліжкового фонду Калинівської ЦРЛ: хірургічне відділення – 25; травматологічне – 20; ВРІТ - 6; інфекційне - 15; ЛОР-очне – 25; акушерське – 20; гінекологічне - 15; дитяче - 30; кардіологічне - 30; неврологічне – 25; терапевтичне - 30.

Хірургічне відділення Калинівської ЦРЛ розташоване в I корпусі на III поверсі. Хірургічну допомогу в відділенні надають 6 лікарів- хірургів. Із них 2 з вищою категорією, 2 з першою категорією, 2 з другою категорією. В відділенні працюють: 18 медичних сестер та 15 молодших медсестер. Робота відділення спрямована на удосконалення надання якісної хірургічної допомоги хворим.

Використовуються сучасні мало оперативні втручання такі як лазерна коагуляція, використання при оперативних втручання апаратів «ЕХВА. Надія-2 М 320 РХ» та «350М/120 Б», застосовуються нові методики в лікуванні варикозної хвороби ніг методом склеро терапії та в поєднанні з

коагуляцією. В відділенні впроваджені ефективні методики оперативного лікування хронічних парапроктитів, геморою. ходів. Використання її в лікуванні доброякісних пухлин шкіри та не пухлинних захворюваннях прямої кишки. Напрацьований досвід в лікуванні різних форм гриж передньої черевної стінки з використанням сітчастих матеріалів.

Травматологічне відділення складається з поліклінічно-консультативної служби і травматологічного стаціонару. Консультативно-поліклінічний прийом ведуть 2 лікарі категорії. Під час якого надаються такі обсяги допомоги: надання медичної допомоги при легких травмах; огляд та призначення лікування ортопедичних хворим; проведення УЗД діагностики при травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату; призначення плану реабілітації після травми та оперативного втручання.

Травматологічний стаціонар на 20 ліжок входить до складу хірургічного відділення Калинівської ЦРЛ та знаходиться на 3 поверсі лікувального корпусу №1. В стаціонарі працює 3 лікарі, з яких 2 лікарі з вищою кваліфікаційною категорією, 1 з першою кваліфікаційною категорією. Обсяг надання допомоги у травматологічному стаціонарі: проведення всіх видів при переломах кісток з врахуванням індивідуальних особливостей пацієнта; лікування закритих та відкритих пошкоджень сухожиллю та зв'язок; суглобів при переломах шийки стегна; проведення операцій при деяких ортопедичних захворюваннях опорно-рухового апарату (артрози, вирівнювання вісі, операції при незрощених переломах, звичних та застарілих вивихах суглобів).

Відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Калинівської ЦРЛ знаходиться на 1 поверсі лікувального корпусу № 1. Відділення розгорнуте на 6 ліжок, у якому працюють 6 лікарів-анестезіологів, з них 4 з вищою кваліфікаційною категорією, 1 з першою кваліфікаційною категорією, 1 з другою кваліфікаційною категорією. 13 медичних сестер з вищою кваліфікаційною категорією, 6 – з першою

кваліфікаційною категорією, 4 - з другою кваліфікаційною категорією, 2 - без кваліфікаційних категорій. Відділення оснащено наркозно-дихальною, діагностичною, лікувальною апаратурою, дозаторами, дефібриляторами та іншою апаратурою, необхідною для ефективного лікувального процесу. В цілодобовій лабораторії проводяться загально-клінічні та біохімічні дослідження.

Лікарі відділення надають кваліфіковану анестезіологічну допомогу при виконанні оперативних втручань в хірургічному, травматологічному, пологовому, гінекологічному відділеннях. Володіють методиками загальної та регіональної .

Інфекційне відділення Калинівської ЦРЛ знаходиться у окремому приміщенні та розраховане на 15 ліжок, з них 10 дорослих, 5 дитячих. Проводиться лікування хворих з інфекційними захворюваннями: вірусні гепатити А, В, С. дифтерія, грип, гострі респіраторні захворювання; та секреторні інфекційні дифтерії у дітей та дорослих; інфекція; кір; інфекційний мононуклеоз; псевдотуберкульоз; скарлатина; вітряна віспа; кліщовий (хвороба Лайма); гельмінтоз.

Офтальмологічне відділення Калинівської ЦРЛ розташовано на першому поверсі лікувального корпусу №2. Відділення розгорнуте на 20 ліжок, які обслуговує медичний персонал у складі 3 лікарів-офтальмологів вищої кваліфікаційної категорії, 6 медичних сестер (палатних) вищої кваліфікаційної категорії, 2 медичних сестри (операційні) вищої категорії, 4 молодших медичних сестри. У відділенні наявне централізоване водопостачання та водовідведення, каналізація, централізоване тепlopостачання. В офтальмологічному відділенні проводиться діагностика та лікування : непроникаючі поранення ока та його придатків; хвороби переднього відрізка ока, судинна патологія, хвороби зорового нерв; дегенерація сітківки (стареча, геморагічна, діабетична, пігментна).

Лазерні методи лікування проводяться у таких напрямках: периферична профілактична лазер коагуляція; лазер коагуляція; лазерна ; лазерна вторинної катаракти.

Отоларингологічне відділення Калинівської ЦРЛ знаходиться на 1 поверсі лікувального корпусу №2. Відділення розгорнуте на 5 ліжок, які обслуговує медичний персонал у складі 1 лікаря вищої кваліфікаційної категорії, 3 медичних сестер (палатних) вищої кваліфікаційної категорії, 3 молодших медичних сестри. Відділення оснащено матеріально-технічною базою для надання спеціалізованої ургентної та планової допомоги. У відділенні наявний для проведення при видаленні сторонніх тіл. В операційній відділення виконують планові оперативні втручання: при хронічному тонзиліті, при деформації носової перетинки і зовнішнього носа, патології пазух.

Акушерське відділення Калинівської ЦРЛ розташоване II корпусі лікарні на III поверсі. Має централізоване водопостачання, міську каналізаційну мережу, централізоване опалення та індивідуальне опалення (за допомогою конвекторів).

Акушерське відділення складається з приймально-оглядового кабінету, відділення патології вагітних, операційно-пологового відділення та післяпологового відділення. В акушерському відділення працюють 9 лікарів акушер-гінекологів, 1 9 акушерок, 5 дитячих медичних сестер, за відділенням закріплений 1 дитячий анестезіолог, 13 молодших медичних сестер. Щорічно у відділенні проходить близько 500 пологів, серед них близько 50 кесарських розтинів.

З 2008 року лікарня співпрацює з Україно-Швейцарським проектом «Здоров'я матері та дитини», завдяки чому лікарі отримували всю необхідну інформацію стосовно ведення пологів, реанімації новонароджених, проводились навчання по партнерським пологам, введенню нового в роботу акушерської служби.

В акушерському відділенні є все необхідне обладнання для ведення вагітної (апарат УЗД, КТГ), ведення пологів (м'яч, шведська стінка, стілець для пологів, функціональні ліжка), реанімації новонароджених в післяпологовому періоді (лампа фототерапії). Відділення забезпечене всіма необхідними медикаментами для ведення пологів, ведення новонароджених, створені комфортні умови для (палати з сан.вузлами).

У відділенні впроваджуються всі новітні технології (партнерські пологи, «тепловий ланцюжок», спільне перебування матері та дитини, сучасні принципи грудного вигодовування, вільне відвідування створені «групи підтримки грудного вигодовування»). У 2014 році лікарня отримала статус «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Гінекологічне відділення знаходиться на другому поверсі лікувального корпусу № 2. У відділенні лікуються гінекологічні хворі та патологія вагітних на ранніх термінах. Проводяться всі біохімічні обстеження, рівень гормонів в крові, УЗД діагностика із застосуванням вагінального датчика.

В відділенні лікують маткові кровотечі, з попереднім гормональним обстеженням, УЗД діагностики та при необхідності діагностичне вишкрібання порожнини матки.

Кардіологічне відділення Калинівської ЦРЛ знаходиться на 2 поверсі лікувального корпусу №3. Відділення розраховане на 30 ліжок, які обслуговують 2 лікарі-кардіологи, 1 першої кваліфікаційної категорії, 1 лікар без категорії, 8 медичних сестер, з них 6-вищої кваліфікаційної категорії, 2 – першої категорії, 6 молодших медичних сестер.

У відділенні проводиться лікування таких патологій: гіпертонічна хвороба; інфаркт міокарду; стенокардії; порушення ритму різної етіології; деформуючі артрози; артрити; інші захворювання сполучної тканини; ревматична хвороба серця.

Проводиться реабілітація хворих після операційних втручань на серці. Під час лікування хворі обстежуються і при потребі спрямовуються на

консультацію до третинного рівня для проведення і вирішення питань оперативного втручання. Хворим проводиться лабораторна діагностика, рентгенологічне, ультразвукове обстеження.

Неврологічне відділення почало функціонувати в 1967 році. У відділенні працює 8 медичних сестер, та 6 молодших медичних сестер, які професійно виконують свої функціональні обов'язки. В неврологічному відділенні використовують сучасні медикаментозні технології, а також такі методи лікування як ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, та голкорексфлексотерапія. Надається допомога хворим з патологією, захворювання периферійної нервової системи та інші захворювання центральної та периферійної систем.

Відділення екстреної (невідкладної) допомоги Калинівської ЦРЛ розташоване в I корпусі на 1 поверсі. У відділенні функціонує: кабінет, дві оглядові кімнати, кімната чергової медичної сестри, кабінет старшої медичної сестри, ординаторська, ванна кімната, дві туалетні кімнати, кімната для медичних працівників.

У 2019 році проведено капітальний ремонт відділення. Останнє забезпечено гарячою та холодною водою. Підтримується постійний тепловий режим. У відділенні працюють шість лікарів невідкладних станів, шість медичних сестер, шість молодших медичних сестер, одна сестра-господиня.

Робота відділення спрямована на надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги хворим. Проводиться огляд та обстеження хворих на до госпітального етапі.

Проводяться такі види обстежень: лабораторні (загальні аналізи крові та сечі, цукор крові та інші), ЕКГ діагностика, рентгенографія, УЗД діагностика. Проводиться первинна хірургічна обробка ран при різних травмах. Надається допомога при переломах. Надається допомога хворим з серцево-судинною патологією, а саме (гіпертонічні кризи, інфаркти, інсульти), в гінекології та хірургії.

Проводиться медичний огляд для встановлення ступені алкогольного сп'яніння.

В квітні 2020 року КП «Калинівською ЦРЛ» КРР було укладено такі договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій:

- «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»;
- «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»;
- «Медична допомога при пологах»;
- «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу»;
- «Гістероскопія»;
- «Езофагогастродуоденоскопія»;
- «Цистоскопія»;
- «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами в наслідок вживання із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії».

2.2 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності

Основні показники роботи ЦРЛ наведено у таблиці 2.4

Таблиця 2.4 – Основні показники діяльності КП «Калинівської ЦРЛ»

	2017	2018	2019	Відхилення	Темп зміни, %
Кількість працівників, чол з них	506	501	498	-8	98,42
Лікарів, чол	104	100	100	-4	96,15
Середній медичний персонал, чол	247	246	243	-4	98,38
Проліковано хворих	8 776	8 974	8 884	108	101,23

Відвідувань поліклініки, кільк	201 878	203 896	205 937	4059	102,01
Оперативних втручань в стаціонарі, кільк	2 194	2 249	2 495	301	113,72
Проведених операцій амбулаторно, кільк	2 324	2 360	2 458	134	105,77
Загальна вартість капіталу ЦРЛ, тис грн	8 846,459	9 164,684	10 255,7	1409,241	115,93
Основні засоби (первісна вартість), тис грн	19 830,06	21 811,53	25 790,9	5960,844	130,06
Основні засоби (залишкова вартість), тис грн	7 049,726	7 518,482	8 296,80	1247,074	117,69
Ступінь зносу, %	64,45	65,53	67,83	3,381225	105,25
Доходи, тис грн у т.ч.	43 859,57	48 533,12	50 953,70	7094,135	116,17
Бюджетні асигнування, тис грн	42 059,65	46 708,37	-	-	-
Доходи від надання послуг, тис грн	381,9	298,092	-	-	-
Витрати, тис грн	45 521,62	49 506,67	51 486,7	5965,083	113,10
Профіцит/дефіцит, тис грн чистий прибуток (збиток), тис грн - 2019 рік	-1662,05	-973,551	-533	1129,052	32,07
Фондовіддача, грн	6,22	6,46	6,14	-0,08009	98,71
Фондоозброєність, тис. грн	39,19	43,54	51,79	12,59912	132,15
Продуктивність праці, тис.грн	86,68	96,87	102,32	15,63768	118,04
Коефіцієнт обертання капіталу, част.од	4,9579	5,2957	4,9683	0,010463	100,21
Тривалість оборту капіталу ЦРЛ, дні	72,61	67,98	72,46	-0,15292	99,79

Станом на 1 січня 2020 року в лікарні працює колектив медичних працівників, який об'єднує 100 лікарів, із них вищої категорії – 37 чоловік, I категорії – 26 чоловік, II категорії – 18 чоловік; 243 чоловіка середнього медичного персоналу, із них вищої категорії – 152 чоловік, 25 – I категорії та II категорії – 11 (рис. 2.8). На перше місце медики ставлять професійне чуйне відношення до людини, до хворого, до пацієнта.

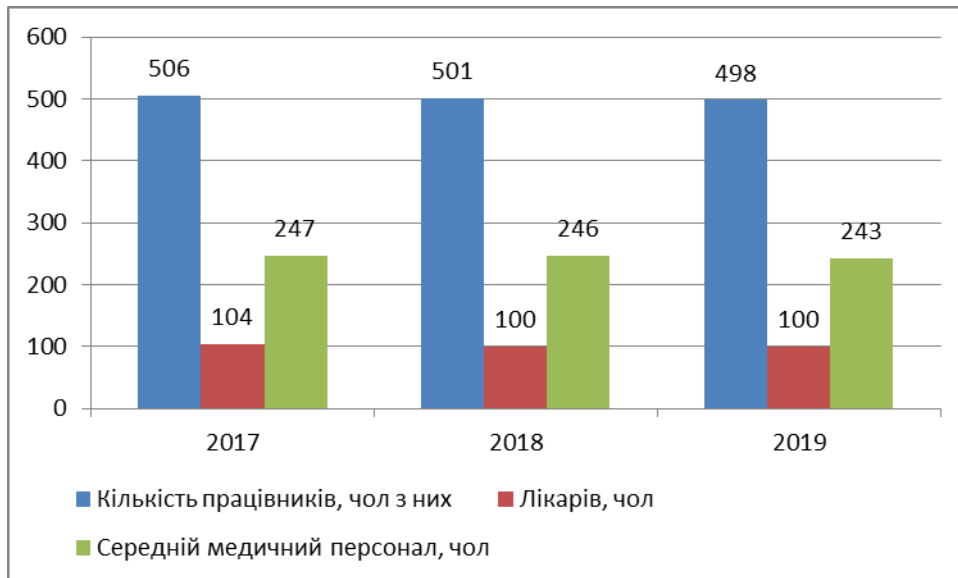


Рисунок 2.8 – Динаміка чисельності персоналу КП «Калинівської ЦРЛ»

Дані таблиці 2.4 показують, що КП «Калинівська ЦРЛ» КРР має негативну динаміку зменшення кількості персоналу, як у загальній кількості, так і лікарів. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна і становить близько 20%.

Поряд із зменшенням кількості персоналу, зростає кількість пролікованих хворих (зростання на 1,2%) та кількість відвідувань поліклініки (зростання на 2%) – див. рисунок 2.9.



Рисунок 2.9 – Динаміка оперативних втручань КП «Калинівської ЦРЛ»

Ефективність діяльності лікарні залежить також і від наявності медичного, діагностичного устаткування; основних фондів. У КП «Калинівська ЦРЛ» КРР спостерігаємо позитивну тенденцію до зростання основних засобів (темп зміни 130% протягом 2017-2019 рр), однак ступінь зношення значний (67% у 2019 році) і має тенденцію до зростання (рис. 2.10). Тобто КП «Калинівська ЦРЛ» КРР оновлює основні засоби недостатньо швидко.

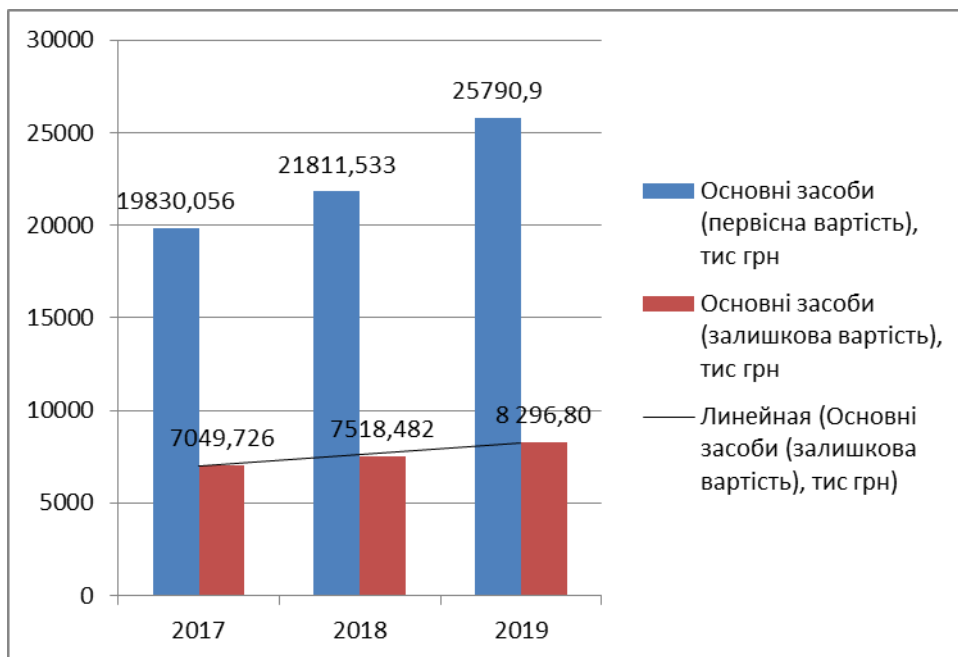


Рисунок 2.10 – Динаміка основних фондів ЦРЛ

Фондовіддача - це показник, який характеризує ефективність використання засобів праці, тобто обсяг послуг, наданих в лікарні з одиниці основних виробничих фондів. Зважаючи, що доходи ЦРЛ зростають меншими темпами а ніж основні засоби, спостерігаємо незначне зниження показника фондовіддачі (рис. 2.11). За період дослідження Калинівська ЦРЛ отримує щорічно більше 6 грн з одиниці основних фондів.

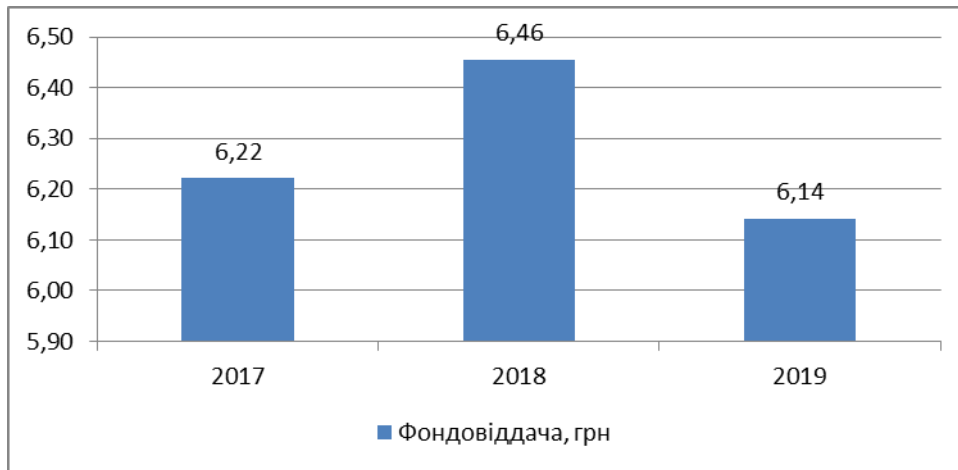


Рисунок 2.11 – Динаміка показника фондовіддачі

Фондоозброєність праці – це показник, що характеризує вартість основних виробничих фондів припадають на одного фахівця, для КП «Калинівська ЦРЛ» КРР динаміка позитивна – зростання на 32%, (рис. 2.12).



Рисунок 2.12 – Динаміка показника фондоозброєності праці

Показник продуктивності праці це коефіцієнт, який, з одного боку, характеризує ефективність використання персоналу підприємства, а, з іншого боку, показує здатність працівника надавати певну кількість послуг за одиницю часу. Для Калинівської ЦРЛ (рис. 2.13) спостерігаємо позитивну динаміку – зростання на 18%.

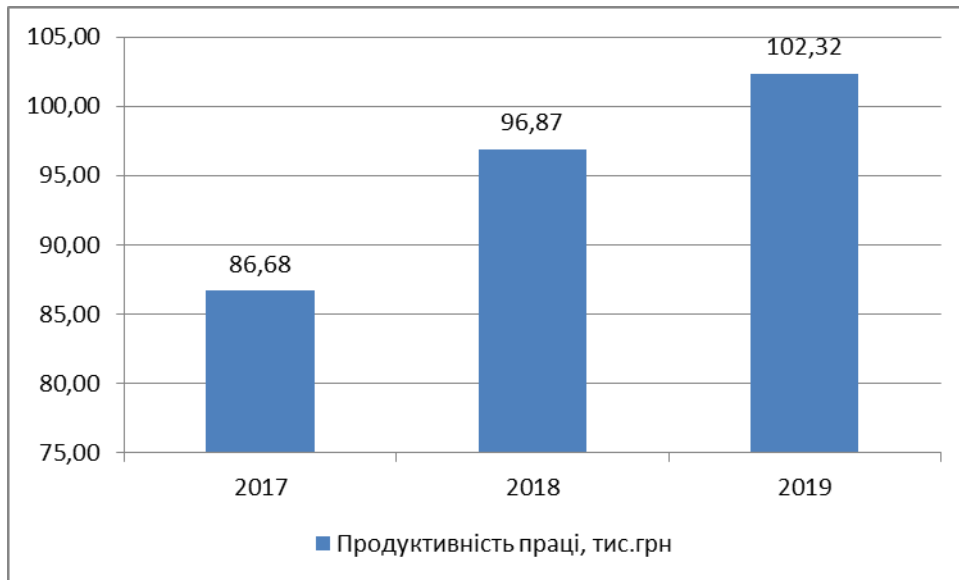


Рисунок 2.13 – Динаміка продуктивності праці

Однак позитивні зміни цього показника забезпечені з одного боку зростанням доходів (тобто надходжень від реалізації послуг з медичного обслуговування населення згідно програми медичних гарантій), а з іншого зменшенням кількості працівників.

2.3 Аналіз фінансового менеджменту

Основну дохідну частину КП «Калинівська ЦРЛ» КРР у 2020 році складають доходи реалізації послуг з медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій, згідно договору з Національною службою здоров'я України, обсяг яких становить у III кварталі 2020 року 19 183,339 тис. грн, що на 1 328,179 тис. грн більше від плану. Відсоток виконання плану за відповідний період становить – 107,44%. Відхилення від плану відбулось у зв'язку з фінансуванням за фактично надані послуги відповідно до пакетів ПМГ реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної медичної допомоги на 2020 рік. Загалом, за III квартал 2020 року надійшло доходів до ЦРЛ на суму 22 193,321 тис. грн, план виконано на 114,68%.

Дохід з місцевого бюджету (III квартал 2020) за програмою підтримки становить 2 819,984 тис. грн, що на 1 512,684 тис. грн більше. Відсоток виконання плану за відповідний період становить 215,71%. Така різниця виникла за рахунок виплати гарантованих асигнувань за попередній період.

Дохід від операційної діяльності за III квартал 2020 року становить 189,998 тис. грн, що на 0,702 тис. грн менше від плану (відсоток виконання плану – 99,6%). Відхилення відбулось у зв'язку з епідеміологічною ситуацією, що склалася в регіоні через спалах COVID-19, в наслідок чого установа не мала змоги надавати послуги в повному обсязі.

Витратна частина фінансового плану комунального підприємства «Калинівська центральна районна лікарня» Калинівської районної ради на III квартал 2020 року складає 22 193,321 тис. грн, що становить 114,68 від плану.

Динаміку доходів та витрат за період 2017-2019 роки представлено на рисунку 2.14.



Рисунок 2.14 – Динаміка доходів і витрат КП «Калинівської ЦРЛ»

Спостерігається позитивна динаміка зростання доходів Калинівської ЦРЛ (темп зміни 116%), однак витрати щороку переважають, що спричинило наявність дефіциту бюджету у 2017-2018 роках або збитків у 2019 році.

За 2018 рік отримано медичної субвенції на суму 50 182,7 тис.грн, в тому числі капітальних видатків 3 308,8 тис. грн. За 2019 рік отримано медичної субвенції на суму 51 993,5 тис.грн, в тому числі капітальних видатків 1 876,4 тис. грн.

Далі розглянемо структуру витрат комунального підприємства «Калинівська центральна районна лікарня» Калинівської районної ради (табл. 2.5., рис.2.15).

Таблиця 2.5 – Елементи операційних витрат

Елементи витрат	2017		2018		2019		Відхилення	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%
Витрати на оплату праці	27479,23	61,36	30256,65	63,25	32280,1	65,67	4800,87	4,30
Відрахування на соціальні заходи	5838,89	13,04	6419,848	13,42	6847,1	13,93	1008,20	0,89
Матеріальні витрати	9854,72	22,01	9586,282	20,04	8330,6	16,95	-1524,12	-5,06
Амортизація	1523,85	3,40	1454,979	3,04	0	0,00	-1523,85	-3,40
Інші витрати	84,25	0,19	118,281	0,25	1700,2	3,46	1615,95	3,27
Разом	44780,95	100,00	47836,04	100,00	49158	100,00	4377,05	0,00

Як бачимо, основну питому вагу витрат (65,67% 2019 рік) складають витрати на оплату праці, відрахування на соціальні заходи становлять більше 13%. Обидві величини мають тенденцію до зростання як у грошовому еквіваленті, так і за структурою. Величина матеріальних витрат має тенденцію до зменшення, протягом періоду дослідження зниження становить 1 524, 12 тис. грн або -%5 у структурі. На амортизацію припадає в середньому 3% витрат, що становить близько 1,5 млн. грн. Відсутність амортизації у 2019 році пов'язано зі зміною облікової політики ЦРЛ.

За III квартал 2020 року структура витрат Калинівської ЦРЛ має такий склад:

- Матеріальні затрати – 4720,591 тис. грн (117,25 до плану);
- Витрати на оплату праці – 12 957,230 тис. грн (105,48% до плану);

- Відрахування на соціальні заходи – 2 867,575 тис. грн (106,11 % від плану);
- Інші операційні витрати – 614,567 тис. грн (296,89 5 до плану).

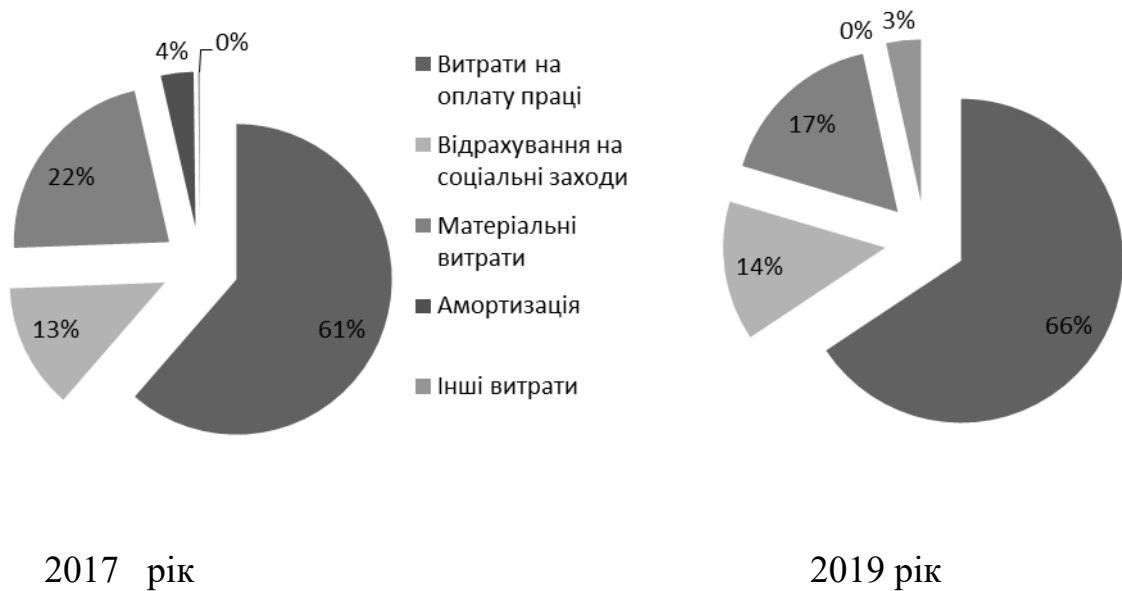


Рисунок 2.15 – Структура витрат КП «Калинівської ЦРЛ»

Капітальні видатки у 2019 році становлять 2 021,4 тис.грн і спрямовані на придбання нових основних засобів, модернізацію наявних та капітальний ремонт будівель та споруд лікарні. Отримано з місцевого бюджету цільового фінансування по капітальних видатках у 2019 році 1 878,006 тис. грн. Капітальні видатки за III квартал 2020 року становлять 1 033,358 тис. грн і спрямовані на закупівлю обладнання та модернізацію наявного.

Ділова активність підприємства виявляється у швидкості обороту його капіталу. Прискорення оборотності капіталу свідчить про більш інтенсивне його використання і про зростання ділової активності підприємства. Навпаки, уповільнення оборотності коштів є ознакою спаду ділової активності. Від швидкості обороту залежить і його прибутковість, і як результат - ліквідність, платоспроможність й фінансова стійкість підприємства. Швидкість оборотності капіталу характеризується такими показниками:

- коефіцієнтом оборотності;

- тривалістю одного обороту.



Рисунок 2.16 – Динаміка коефіцієнта оборотності КП «Калинівської ЦРЛ»

Для комунального підприємства «Калинівська центральна районна лікарня» Калинівської районної ради спостерігаємо незначне прискорення оборотності та, відповідно, скорочення тривалості обороту (рис. 2.16 – 2.17).



Рисунок 2.17 – Динаміка тривалості обороту капіталу КП «Калинівської ЦРЛ»

Така динаміка свідчить про зростання ділової активності лікарні. Найбільше прискорення відбулось у 2018 році, уповільнення у 2019 році пов'язано із значними інвестиціями в основні фонди лікарні та, відповідно, зростанням капіталу ЦРЛ.

2.4 Стратегічний аналіз

Місією КП «Калинівської ЦРЛ» КРР є збереження здоров'я населення Калинівського району, сумлінне виконання лікувально-профілактичної діяльності використовуючи знання та інноваційні методи.

Цінностями Калинівської ЦРЛ є такі:

- Висока якість послуг - компетентні фахівці надають послуги високої якості, які відповідають потребам клієнтів і забезпечують збереження їх здоров'я;

- Інноваційність - впровадження нових сучасних технологій у лікувально-діагностичну діяльність;

- Взаємодія за принципами довіри та взаємоповаги, як по-відношенню до клієнтів, так і в колективі;

- Етичні принципи - робота базується на професійності, конфіденційності та етичності;

- Фінансова ефективність - забезпечення високої якості надання послуг, та фінансової ефективності;

- Командний дух - праця за принципами взаємо підтримки, зберігаючи дух і цінуючи вклад інших.

Відповідно до цінностей, пріоритетними напрямками діяльності КП «Калинівською ЦРЛ» КРР є:

- Впровадження нових сучасних технологій;
- Надання невідкладної медичної допомоги;
- Надання медичної допомоги дітям;
- Надання медичної допомоги жінкам при вагітності та пологах;
- Виконання протиепідемічних заходів з метою попередження інфекційної захворюваності;
- Надання медичної допомоги пільговим категоріям населення;

- Участь у масових інформаційно-діагностичних акціях з раннього виявлення захворювань;
- Удосконалення системи профілактичних медичних оглядів на засадах цільової диспансеризації населення, впровадження програм масового скринінгу населення;
- Інформатизація медичної галузі;
- Забезпечення дотримання медичним персоналом норм лікарської етики.

SWOT-аналіз дозволяє провести детальне вивчення зовнішнього й внутрішнього середовища лікарні, що допомагає ефективніше приймати стратегічні управлінські рішення. Метою використання SWOT-аналізу є розділення чинників і явищ що впливають на розвиток ЦРЛ на чотири категорії: сильні сторони, слабкі сторони, можливості та загрози.

Сильні сторони показують конкурентну перевагу Калинівської ЦРЛ у порівнянні з іншими медичними закладами, слабкі сторони – це сукупність внутрішніх факторів, що загальмовують її розвиток. До можливостей відносяться тенденції або події в зовнішньому середовищі, реагуючи на які Калинівська ЦРЛ може значно швидше просунутись до поставлених цілей. Під загрозами розуміється сукупність факторів, що можуть мати негативний вплив на лікарню, якщо не буде відповідної реакції.

У таблиці 2.6 наведено результати такого аналізу.

Калинівська центральна районна лікарня являється багатопрофільним медичним закладом, який надає спеціалізовану вторинну медичну допомогу населенню району і готується під базу госпітального округу.

Таблиця 2.6 - SWOT – аналіз КП «Калинівська ЦРЛ» КРР

сильні сторони	слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> - комфортні умови роботи в ЗОЗ; - керівник ЦРЛ – якісний менеджер - систематичне оновлення матеріально – технічної бази в ЗОЗ; 	<ul style="list-style-type: none"> - низька мотивація лікарів старшого віку щодо набуття нових навичок та компетенції; - нестача молодих фахівців;

<ul style="list-style-type: none"> - доступність діагностичних послуг та співпраця з Вінницьким обласним клінічним шкірно-венерологічним диспансером та КНП «Подільським регіональним центром онкології ВОР»; - фінансова підтримка КРР (в тому числі для оплати комунальних послуг; будівництва та реконструкції ЗОЗ); - впровадження програми безперервного розвитку для медичного персоналу ЗОЗ (он-лайн консультації, стажування на робочому місці); - високий рівень загальної укомплектованості середнього медичного персоналу лікарні; - широкий перелік пакетів медичних послуг на які укладено договори з НСЗУ 	<ul style="list-style-type: none"> - потреба в покращенні матеріально – технічного забезпечення ЗОЗ, застаріле обладнання - потреба в ремонтну приміщень ЗОЗ, забезпечення енергоефективності; - потребує оновлення обладнання для телемедицини (необхідність в закупівлі відповідного пакету); - низький рівень провадження інформатизації роботи лікарні; - потреба у розширенні спектру лабораторних досліджень; - недостатнє фінансування медичного закладу
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> - можливість для впровадження платних медичних послуг, які наразі відсутні в громаді - реалізація програми місцевих стимулів в ОТГ (у тому числі для медичних фахівців) - задовільне транспортне сполучення - розширення підписання декларацій з громадянами - активна позиція місцевої влади, заінтересованість та сприяння щодо розвитку медицини - впровадження аутсорсингу на окремі види послуг; - залучення донорських коштів, грантової допомоги 	<ul style="list-style-type: none"> - скорочення фінансування місцевих програм на охорону здоров'я в КРР - ризик зміни курсу реформ в зв'язку з політичною ситуацією - дороговартісне впровадження інноваційних методів діагностики та лікування; - завдяки низькому рівню забезпеченості сучасним обладнанням виникає ризик недотримання протоколів надання медичної допомоги; - погіршення епідеміологічної ситуації ; - тенденція зменшення населення в Калинівському районі; - близькість м. Вінниця, куди їде на лікування частина пацієнтів

Калинівська ЦРЛ знаходиться у декількох корпусах де наявно централізоване водопостачання, опалення та каналізація. Завдяки ефективним діям керівника ЦРЛ щороку залучаються кошти з різних джерел, таких як – ДФРР, Калинівська районна рада, місцеві ради, благодійні внески.

Це дозволило створити комфортні умови для роботи лікарні та розміщення пацієнтів, розширити технічно-матеріальну базу.

В усіх приміщеннях КП «Калинівська ЦРЛ» КРР було проведено терморегуляцію зовнішніх огорожувальних конструкцій, модернізацію систем освітлення з використанням енергоощадливих приладів освітлення; проведено енергетичний аудит приміщень та визначено потенціал енергозбереження. Однак потребують капітального ремонту приміщення кардіологічного та інфекційного відділень, система опалення і система водовідведення. Потребують подальшого оновлення основні фонди лікарні. Визначені заходи з енергозбереження потребують інвестицій. Коштів, що надходять від НСЗУ, вистачає лише на виплату заробітної плати працівникам, відповідно необхідно більш активно залучати зовнішні джерела фінансування розвитку лікарні, оптимізувати її роботу.

Високий рівень укомплектованості Калинівської ЦРЛ середнім медичним персоналом дозволяє проводити подальші заходи, щодо покращення роботи лікарні. Це стає особливо затребуваним при необхідності надання невідкладної допомоги та швидкому виконанню базових завдань. Однак в лікарні все одно в усіх відділах не вистачає лікарів. На сьогодні є потреба у лікарях інфекціоністів, анестезіологів, отоларингологів дитячих, фельдшерів-лаборантів клініко-діагностичної лабораторії. Це звужує можливості лікарні та не надає змогу функціонувати ЦРЛ на найвищому рівні.

Крім того, лікарня має відносно низький рівень оснащеності медичним обладнанням, що призводить до неспроможності надавати медичні послуги високого рівня та вузького спектру наявних послуг та змушує впроваджувати аутсорсинг на окремі види послуг, в т.ч. на лабораторні дослідження. Більшість лабораторних аналізів робиться вручну. Застаріла лабораторія Калинівської ЦРЛ не дозволяє проводити швидкі та точні аналізи, що знижує якість медичних послуг та негативно впливає на подальше лікування.

Можливість посилення кооперації Калинівської ЦРЛ з іншими лікарнями м. Вінниці дозволить лікарні покращувати рівень вмінь наявного персоналу, шляхом обміну досвідом та знаннями, та сприятиме подальшому розвитку лікарні за допомогою можливості надання більш якісних та різноманітних медичних послуг. Лікарня має можливість збільшити кількість лікарів за рахунок забезпечення належного рівня оплати праці, таким чином створивши міцний фундамент для подальшої реорганізації роботи лікарні.

Можливість для впровадження платних медичних послуг, які наразі відсутні в громаді та залучення донорських коштів, грантової допомоги дасть можливість запросити у лікарню необхідних спеціалістів, закуповувати обладнання та здійснювати поточні ремонти приміщень.

До одних з факторів, що можуть негативно вплинути на розвиток лікарні, відносяться зміни в провадженні медичної реформи на національному рівні. Існує ризик, що лікарня може опинитися в умовах невизначеності, та не зможе надавати послуги пацієнтам та розвиватися, оскільки не буде зрозумілого механізму функціонування.

Тенденція скорочення кількості населення в Калинівському районі, зменшує попит на послуги лікарні. Що стосується впровадження платних послуг, то, слід зазначити, що місцеве населення не є платоспроможним, а самі лікарі не готові брати гроші за свої послуги. Також, через близькість Калинівського району до м. Вінниця існує постійна загроза відтоку пацієнтів до обласного центру, де є більший вибір лікарень та надаються послуги ширшого спектру та вищого рівня.

Висновки до розділу

Калинівська центральна районна лікарня являється багатoproфільним медичним закладом, який надає спеціалізовану вторинну медичну допомогу населенню району. В складі ЦРЛ функціонує стаціонар на 225 ліжок по 12 профілям та поліклініки. Калинівська ЦРЛ має у своєму складі поліклінічне відділення, де: надаються консультації лікарів-спеціалістів, виконуються діагностичні обстеження, надаються фізіотерапевтичні послуги та

процедури; клініко – діагностичну лабораторію де виконуються загально-клінічні та біохімічні дослідження та стаціонарні відділення, де надається екстрена та планова вторинна спеціалізована медична допомога.

В квітні 2020 року КП «Калинівською ЦРЛ» КРР було укладено договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і, відповідно, основну дохідну частину складають доходи реалізації послуг з медичного обслуговування населення за цією програмою.

КП «Калинівська ЦРЛ» КРР має негативну динаміку зменшення кількості персоналу. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна і становить близько 20%. На сьогодні є потреба у лікарях інфекціоністів, анестезіологів, отоларингологів дитячих, фельдшерів-лаборантів клініко-діагностичної лабораторії. Однак, поряд із зменшенням кількості персоналу, зростає кількість пролікованих хворих та кількість відвідувань поліклініки. Спостерігається позитивна тенденція до зростання основних засобів, однак ступінь зношення значний (67% у 2019 році).

Калинівська ЦРЛ знаходиться у декількох корпусах де наявно централізоване водопостачання, опалення та каналізація. Щороку залучаються кошти з різних джерел, таких як – ДФРР, Калинівська районна рада, місцеві ради, благодійні внески. Це дозволило створити комфортні умови для роботи лікарні та розміщення пацієнтів, розширити технічно-матеріальну базу. Однак потребують капітального ремонту приміщення кардіологічного та інфекційного відділень, система опалення і система водовідведення. Потребують подальшого оновлення основні фонди лікарні, особливо нагальним є придбання лапароскопічної стійки, пересувного цифрового рентген-апарату, відеобронхоскопу і відеогастроскопу, портативного УЗД апарату. Визначені заходи з енергозбереження потребують інвестицій.

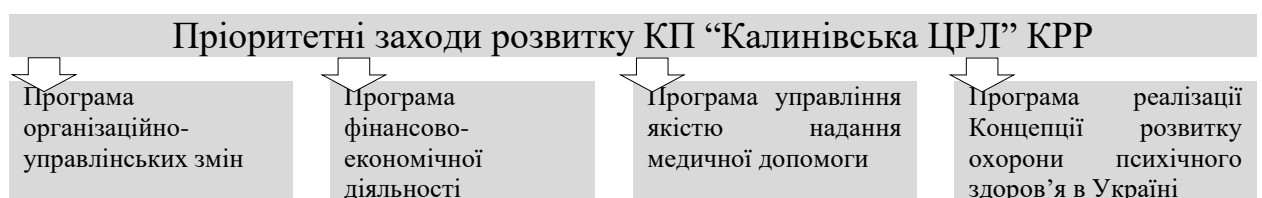
3 СИСТЕМА ЗАХОДІВ РОЗВИТКУ ДІЯЛЬНОСТІ КП «КАЛИНІВСЬКОЇ ЦРЛ» КРР

3.1 Визначення функціональних програм розвитку діяльності ЦРЛ

Планування розвитку діяльності КП “Калинівської ЦРЛ” КРР повинно бути відповідати Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я України, зокрема, Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших нормативно-правових актів.

У аналітичному розділі нами було визначено основні тенденції розвитку лікарні, проблеми та загрози, що виникли в наслідок реформування системи охорони здоров’я та загальної епідеміологічної ситуації в країні. Враховуючи усі можливості, вимоги сьогодення щодо необхідності реорганізації КП “Калинівської ЦРЛ”, пропонуємо такі перспективні заходи розвитку медичного закладу (рис. 3.1):

1. Програма організаційно-управлінських змін:
 - Вивчення питання та запровадження аутсорсингу клієнтського сервісу (соціальні послуги). Укладання договору з Вінницьким клінічним шкірно-венерологічним диспансером на лабораторні дослідження, договору з КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» на лабораторні дослідження, договір на надання послуг з утилізації медичних відходів – термін 2021 р.
 - Впровадження мобільного додатку пацієнта з доступом до основної медичної інформації щодо лікування, результатів аналізів, призначення та видачі АРТ, а також функція запису на прийом до лікаря – термін 2021-2022 рр.



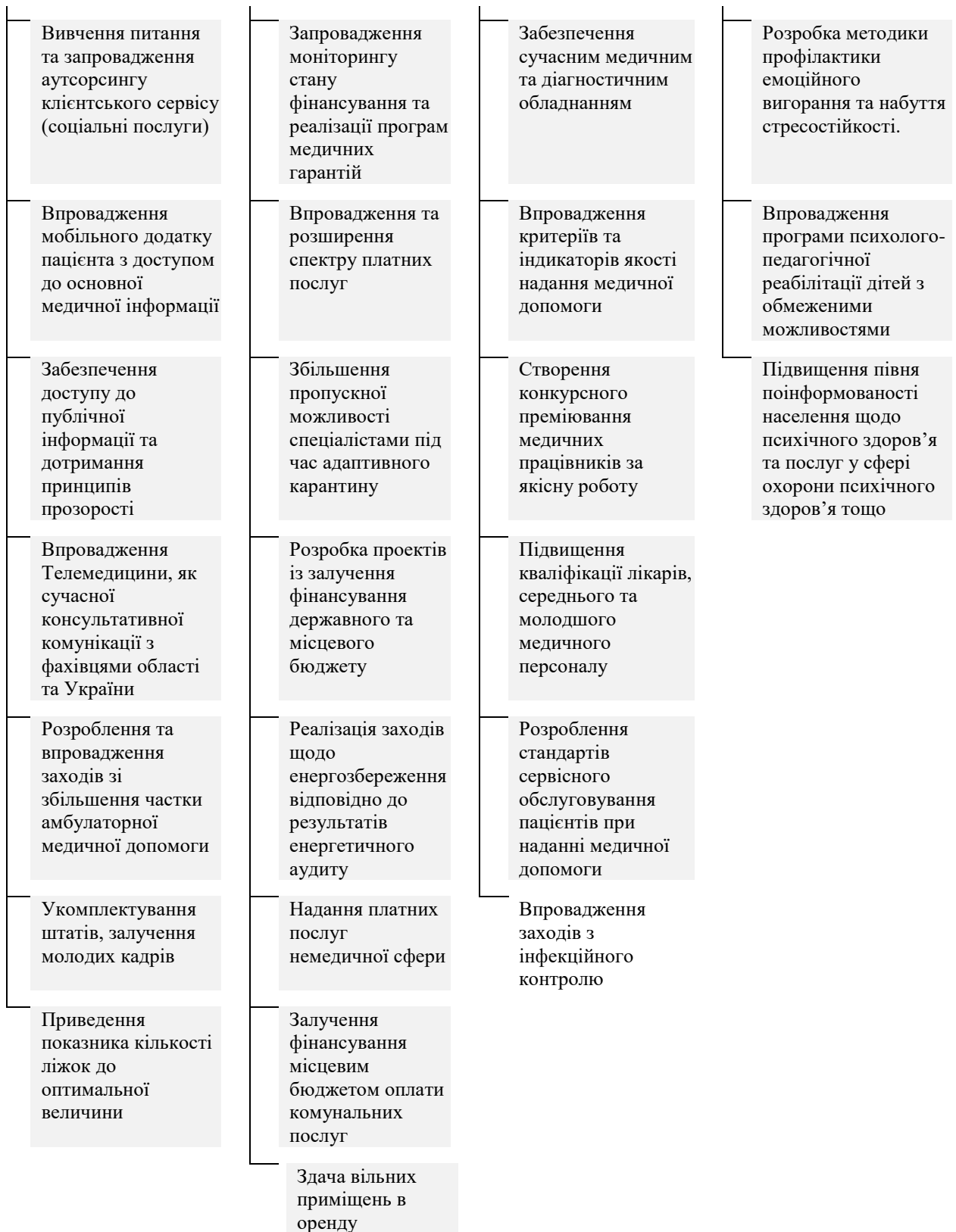


Рисунок 3.1 - Пріоритетні заходи розвитку КП “Калинівська ЦРЛ” КРР

- Забезпечення доступу до публічної інформації та дотримання принципів прозорості при публічному висвітлюванні на офіційному веб-сайті ЗОЗ та сайті Калинівської районної ради – термін 2021.

- Впровадження Теле медицини, як сучасної консультативної комунікації з фахівцями області та України – термін 2021-2022 рр.
 - Розроблення та впровадження заходів зі збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у структурі медичних послуг, що надаються лікарнею – термін 2021 р.
 - Укомплектування штатів, залучення молодих кадрів (лікар-інфекціоніст, лікар анестезіолог, лікар отоларинголог дитячий, фельдшер-лаборант клініко- діагностичної лабораторії) – 2021 р.
 - Приведення показника кількості ліжок до оптимальної величини відповідно до «Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» - 2021-2022 рр.
2. Програма фінансово-економічної діяльності:
- Запровадження моніторингу стану фінансування та реалізації програм медичних гарантій – 2021 р.
 - Впровадження та розширення спектру платних послуг (консультування, лабораторна діагностика, тренінгове навчання) для юридичних осіб та населення. Здійснювати моніторинг та маркетинг послуг лікарні – термін 2020-2021 рр.
 - Збільшення пропускної можливості спеціалістами під час адаптивного карантину – 2021р.
 - Здача вільних приміщень в оренду.
 - Розробка проектів із залучення фінансування державного та місцевого бюджету (придбання лапароскопічної стійки, пересувного цифрового рентген апарату, відеобронхоскопу і відео гастроскопу, санітарного автомобіля, газового аналізатору крові, портативного УЗД апарату; капітальний ремонт системи опалення і системи водовідведення, приміщень кардіологічного та інфекційного відділень) – 2021 р.
 - Надання платних послуг немедичної сфери – 2021-2022 рр.

- Залучення фінансування місцевим бюджетом оплати комунальних послуг, придбання твердого палива, соціального забезпечення – 2021 р.
 - Реалізація заходів щодо енергозбереження відповідно до результатів енергетичного аудиту, систематичне навчання персоналу щодо раціонального використання енергоносіїв – 2021 р.
3. Програма управління якістю надання медичної допомоги:
- Впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги. Розробка системи контролю якості медичної допомоги (медичних послуг); оновлення критеріїв оцінки роботи лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу; оновлення критеріїв оцінки карти стаціонарного хворого, якості лікування в стаціонарному відділенні – 2021 р.
 - Створення конкурсного преміювання медичних працівників за якісну роботу – 2021 р.
 - Підвищення кваліфікації лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу – щорічно.
 - Розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги (стандартні операційні процедури, клінічні маршрути пацієнта тощо) – 2021-2022.
 - Впровадження заходів з інфекційного контролю, а саме аналіз епідемічної ситуації, заняття щодо дотримання санітарно-протиепідемічного режиму медичних послуг, диференційовані заліки по епідеміології, клініці, профілактики особливо небезпечних інфекцій, закупівля та при необхідності заміна екранованих бактерицидних ламп, респіраторів та інших засобів індивідуального захисту тощо.
4. Програма реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року:

- Постійне забезпечення підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації працівників сфери охорони психічного здоров'я, що працюють у закладі.
- Розробка методики профілактики емоційного вигорання та набуття стресостійкості.
- Впровадження програми психолого-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, соціальними та освітніми потребами, психічними та поведінковими розладами.
- Підвищення рівня поінформованості населення щодо психічного здоров'я та послуг у сфері охорони психічного здоров'я тощо.

3.2 Формування алгоритму дій по забезпеченню лікарні медичним обладнанням

В Україні відбувається формування якісно нової системи охорони здоров'я зі структурною перебудовою та формуванням закладів охорони здоров'я нового типу та запровадженням системи фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до наданих медичних послуг задекларованої якості. Проводиться формування лікарень інтенсивного лікування, що потребує впровадження сучасних високоефективних медичних технологій, а відповідно оснащення лікарень сучасним обладнанням, яке є високовартісним.

У сучасних реаліях медичні прилади та технології є невід'ємною частиною забезпечення якісної та допомоги пацієнтам у відділеннях інтенсивної терапії. Інвазійні та неінвазійні системи моніторингу, фузійні насоси, критичні засоби життєзабезпечення (наприклад, шлуночкові допоміжні пристрої, вентилятори) є повсюдними, при цьому лікарі та

медсестр у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії постійно взаємодіють з цими пристроями.

Досягнення цілей в області розвитку, які пов'язані із здоров'ям, залежать від належного виробництва, планування, оцінки, придбання, управління та медичного обладнання, які мають бути безпечними, якісними та відповідати умовам в яких використовуються. Відповідно для розвитку діяльності КП "Калинівська ЦРЛ" важливим є формування механізму дій щодо забезпечення лікарні сучасним медичним обладнанням, необхідним для ефективної діагностики та лікування хвороби і порушень здоров'я, а також для проведення реабілітації пацієнтів.

Високовартісне обладнання для закладів охорони здоров'я закупається на рівні регіонів та закладів охорони здоров'я за відповідними програмами. В теперішній час в регіонах високовартісне обладнання для охорони здоров'я здійснюється сумісно за кошти державного бюджету та місцевих бюджетів.

Таким чином, ми пропонуємо алгоритм дій на всіх рівнях управління щодо забезпечення КП "Калинівська ЦРЛ" медичним обладнанням.

Алгоритм включає заходи на кожному рівні управління, скеровані на:

- планування потреби в медичному обладнанні;
- механізми фінансування придбання вказаного обладнання;
- механізми придбання обладнання;
- використання в лікарнях;
- забезпечення належного технічного стану та безпеки використання обладнання;
- контроль за ефективністю використання обладнання.

Розглянемо більш детально складові кожного етапу запропонованого алгоритму дій на всіх рівнях управління.

Перший етап – рівень КП "Калинівська ЦРЛ". Визначення потреби у видах медичного обладнання, встановлення його технічних і функціональних характеристик.

Основою для визначення є: структура ЦРЛ; види медичних послуг, які надаються в закладі охорони здоров'я; протоколи з надання певних видів медичної допомоги відповідно до структури закладу охорони здоров'я; таблиця оснащення відповідних закладів охорони здоров'я.

Умови для формування замовлення на обладнання: наявність приміщень для встановлення обладнання (висновок відповідних служб); фінансова та технічна можливість його монтування; можливість (організаційна, фінансова) технічного обслуговування обладнання в майбутньому; наявність медичного та можливість їх навчання для роботи на обладнанні з його максимальним використанням у часі; розрахункова потреба й наявність фінансових ресурсів для забезпечення роботи обладнання розхідними матеріалами та його технічного обслуговування.

За наявності вказаних умов формується заявка в потребі високовартісного обладнання, яка передається до територіального органу управління охороною здоров'я. Відповідно до чинного законодавства КП "Калинівська ЦРЛ", як автономний заклад охорони здоров'я має право самостійно вирішувати питання придбання та використання медичного обладнання на принципах державно-приватного партнерства.

Другий етап – територіальний рівень (управління охороною здоров'я) Отримання замовлень на придбання обладнання від КП "Калинівська ЦРЛ". Перевірка необхідності обладнання та наявності умов для устаткування, використання й обслуговування заявленого обладнання. Формування єдиної заявки від територіального органу управління на придбання високовартісного обладнання з розподілом його пріоритетності за видами обладнання та закладами охорони здоров'я за термінами придбання строком на п'ять років та щорічно. Передача відповідної заявки до регіонального органу управління охороною здоров'я.

Третій етап – регіональний рівень. Формування єдиної заявки від регіонального органу управління на придбання високовартісного обладнання з розподілом його пріоритетності видами обладнання та закладами охорони

здоров'я (територіями) за термінами придбання строком на п'ять років. Формування плану придбання і передача заявки на придбання високовартісного обладнання до МОЗ України (при умові, що воно входить до переліку централізованої закупівлі). Формування, обґрунтування і заявки до державної адміністрації для розгляду можливості придбання обладнання за кошти регіону. Вирішення питання про придбання обладнання з використанням механізмів державно-приватного партнерства, гуманітарної допомоги та інших фінансових джерел, не заборонених законодавством України.

Четвертий етап – рівень МОЗ України. Формування перспективного та поточного планів придбання високовартісного обладнання за його видами та регіонами і для системи охорони здоров'я країни, якщо таке закуповується централізовано. Визначення обрхованої потреби, щорічної та перспективної для придбання обладнання. Формування замовлення до державного бюджету на наступний рік для цільового фінансування державної програми з придбання високовартісного обладнання для системи охорони здоров'я країни в цілому зі структурним розподілом суми по регіонам. Відповідно до затвердженого бюджету передача регіонам для придбання високовартісного обладнання лікарні зі встановленням максимальної можливої ціни на кожний вид обладнання. Технічні параметри обладнання встановлюються ДСТУ. Контроль використання субвенцій.

П'ятий етап – регіональний рівень Отримання субвенцій. Закупівля обладнання відповідно до плану закупівель. Попередження КП “Калинівська ЦРЛ” про закупівлю обладнання. Отримання обладнання з технічною експертизою на відповідність ДСТУ. Передача обладнання закладам охорони здоров'я, контроль за його монтажем та використанням Звіт перед МОЗ України про використання субвенцій.

Шостий етап – рівень КП “Калинівська ЦРЛ”. Після включення поданої заявки до плану закупівель підготовка медичного персоналу на відповідних курсах з отримання відповідного сертифікату. Навчання в КП

“Калинівська ЦРЛ” лікарів клінічного профілю основам використання обладнання діагностичного профілю. На етапі, після попередження про закупівлю обладнання, підготовка приміщення для його встановлення. Отримання обладнання з обліком. Монтаж обладнання в терміни, передбачені інструкцією з експлуатації. Отримання дозволу для експлуатації обладнання. Наказом по лікарні визначення умов та режиму експлуатації обладнання. Забезпечення безпечних умов експлуатації для медичного персоналу та пацієнтів. Забезпечення технічного обслуговування обладнання.

Сьомий етап – постійний – регіонально-територіальний рівень. Контроль за: термінами монтажу обладнання; ефективністю використання; якістю діагностичного та лікувального процесу; безпечними умовами експлуатації медичним персоналом та пацієнтів.

Альтернативою є розробка проекту для залучення коштів Державного фонду регіонального розвитку. Заявником проекту буде Калинівська районна рада. Тематичний напрям реалізації проекту має відповідати плану заходів з реалізації стратегії регіонального розвитку. Для того, щоб подати проект, необхідно пройти такі етапи (рисунок 3.2):

1. Регіональна комісія оголошує конкурсний відбір проектів (на сайті).
2. Заявники вносять інформацію про проект на онлайн платформу <http://dfrr.minregion.gov.ua>
3. Члени регіональної комісії отримують логін/пароль на сайті <http://dfrr.minregion.gov.ua> і оцінюють проекти.
4. Регіональна комісія відповідно до рейтингу проектів приймає рішення.
5. ОДА подає перелік відібраних проектів разом з пакетом документів у Мін регіон.
6. Конкурсна комісія при Мін регіоні у разі відповідності проектів вимогам законодавства схвалює їх до фінансування.
7. Кабмін затверджує переліки відібраних проектів за погодженням із Комітетом Верховної Ради України з питань бюджету.

8. Відповідно до помісячного розпису асигнувань, затвердженого Мінфіном, Мінрегіон спрямовує кошти в регіони.

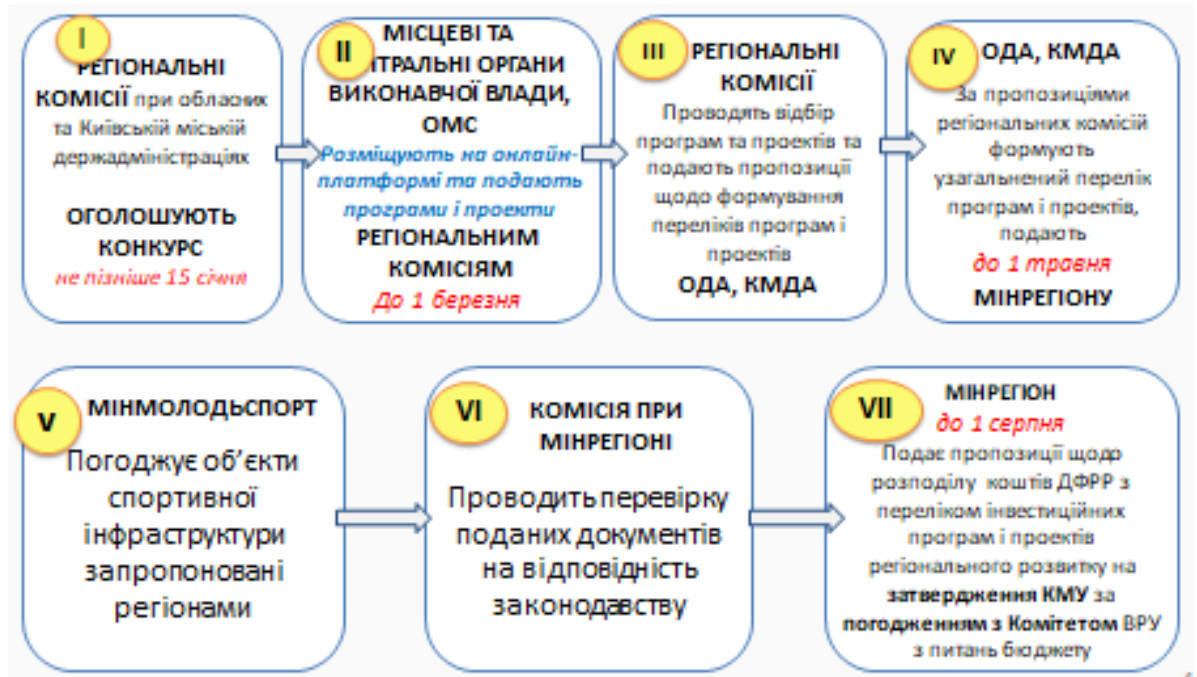


Рисунок 3.2 – Етапи проекту для залучення коштів Державного фонду регіонального розвитку

Для КП “Калинівська ЦРЛ” є нагальна потреба придбання сучасного лапароскопічного обладнання, оскільки за його відсутності пацієнти змушені звертатися в медичні заклади м. Вінниці. За даними статистики до 30% (за різними джерелами) населення України страждає на жовчнокам’яну хворобу, з них до 15%. Окрім того ще у 10% населення діагностують іншу хірургічну, гінекологічну, урологічну патологію, яка потребує оперативного лікування.

Щороку в КП “Калинівська ЦРЛ” проводиться близько 1,6 тис. оперативних втручання. Хірургічна активність зросла з 51,1% за 9 місяців 2019 року до 55,0% за 9 місяців 2020 року. Є нагальна потреба у виконанні оперативних втручання при жовчнокам’яній хворобі, гострому апендициті, грижах, гострому та хронічному холециститі, гінекологічній патології (фіброміомах), урологічних захворювання.

Проведення оперативних втручання традиційним способом характеризується значними проявами хірургічної агресії, тривалими

термінами госпіталізації та непрацездатності, що, в свою чергу, призводить до значних затрат бюджетних коштів лікувального закладу.

Мало Лапароскопічна хірургія дозволяє втілювати новітні методи оперативного лікування, перевагами яких є низька , значне скорочення термінів госпіталізації та непрацездатності. При використанні лапароскопічного методу забезпечується відновлення і практично безболісний післяопераційний період, незначні – до 3 діб перебування в стаціонарі, зменшення післяопераційних ускладнень.

Враховуючи сучасні вимоги до матеріально-технічної бази закладу, вимоги сучасних протоколів надання медичної допомоги при хірургічній, гінекологічній, урологічній патології медичний заклад має потребу в забезпеченні відповідним обладнанням для надання медичних послуг на більш високому рівні.

Застосування сучасних мало методів оперативного лікування дозволить КП “Калинівська ЦРЛ” надавати оперативну допомогу хворим з хірургічною, гінекологічною, урологічною патологією відповідно до сучасних протоколів лікування.

Таким чином, основними перевагами проекту придбання обладнання є:

- забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо наявності необхідного матеріально-технічного оснащення шляхом придбання лапароскопічної стійки;
- скорочення термінів лікування стаціонарних хворих (апендицити, фіброміоми);
- скорочення ускладнень в післяопераційному періоді;
- скорочення тривалості тимчасової непрацездатності у зв'язку із хворобою пацієнтів працездатного віку (апендицити, фіброміоми);
- економія бюджетних коштів у зв'язку із скороченням термінів лікування.

Таблиця 3.1 - План графік проекту придбання лапароскопічного обладнання

№	Захід	Період виконання					
		01.2021	02.2021	05.2021	06.2021	07.2021	08.2021
1	Створення робочої групи проекту	x					
2	Підготовка пакету документів для отримання фінансування ДФРР	x	x				
3	Оцінка проекту регіональною комісією			x			
4	Придбання лапароскопічної стійки та операційного столу шляхом проведення тендеру				x		
5	Встановлення та введення в експлуатацію обладнання				x		
6	Здійснення моніторингу виконання проекту				x		
7	Формування щомісячної та підсумкової звітності проекту				x	x	x
8	Проведення презентації проекту						x
9	Висвітлення результатів виконання проекту в ЗМІ						x
10	Оцінювання результатів проекту членами громади міста, працівниками лікарні, депутатами міської ради						x
11	Здійснення моніторингу громадської оцінки ефективності досягнутих результатів						x

Основними заходами проекту придбання обладнання є:

- створення робочої групи проекту;
- підготовка пакету документів для отримання фінансування ДФРР;
- придбання лапароскопічної стійки шляхом проведення тендеру;
- здійснення моніторингу виконання проекту робочою групою проекту;
- формування щомісячної та підсумкової звітності робочою групою проекту;
- проведення презентації робочою групою проекту;
- висвітлення результатів виконання проекту в ЗМІ;

- оцінювання результатів проекту членами громади міста, працівниками лікарні, депутатами міської ради;
- здійснення моніторингу громадської оцінки ефективності досягнутих результатів.

Протягом всього періоду реалізації проекту буде здійснюватися внутрішній моніторинг та координація заходів робочою групою проекту, результати моніторингу будуть висвітлюватися на сайті ДФРР. Після завершення проекту буде проведено оцінювання його результатів членами громади міста, працівниками лікарні, депутатами та проведено моніторинг даної оцінки. Розклад бюджету за статтями видатків наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Розклад бюджету за статтями видатків

Найменування заходу	Загальна вартість	Джерела фінансування (тис. грн.)					
		ДФРР бюджет		Місцевий бюджет		Кошти партнерів	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
1. Видатки споживання:							
2. Видатки розвитку:	1400	1260	100	140	100	0	0
Придбання обладнання	1400	1260	100	140	100	0	0

Фінансування заходів покращення діяльності ЦРЛ – придбання лапароскопічної стійки та операційного столу шляхом планується виконати за допомогою державного фонду регіонального розвитку, коштів місцевого бюджету.

Таблиця 3.3 - Очікувані результати проекту придбання лапароскопічного обладнання

Показники успішності проекту	Значення показників	Значення показників	Джерела інформації про показники
------------------------------	---------------------	---------------------	----------------------------------

	станом на початок проекту	після завершення проекту	
Скорочення термінів лікування стаціонарних хворих на 4,2 дні	9,8	5,6	Статистичні звіти про результати роботи КП «Калинівська ЦРЛ»
Скорочення ускладнень в післяопераційному періоді на 2,3%	2,8 %	0,5 %	Форма 003/о «Медична карта стаціонарного хворого»
Скорочення тривалості тимчасової непрацездатності у зв'язку з хворобою пацієнтів працездатного віку 5 календарних днів	9,3	4,3	Форма 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності»
Економія коштів у зв'язку із скороченням термінів лікування 44,1 тис. грн.	102,9	58,8	Форма 2м «Звіт про надходження та використання коштів»

Очікуваними результатами проекту є (таблиця 3.3): забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо наявності необхідного матеріально-технічного оснащення; скорочення термінів лікування стаціонарних хворих (апендицити, фіброміоми) на 4,2 дні; скорочення на 2,3% ускладнень в післяопераційному періоді; скорочення тривалості тимчасової непрацездатності у зв'язку із хворобою пацієнтів працездатного віку (апендицити, фіброміоми) в середньому на 5 календарних днів; економія бюджетних коштів у зв'язку із скороченням термінів лікування на 44,1 тис. грн. в рік.

3.3 Рекомендації щодо підвищення енергоефективності медичного закладу

Аналіз діяльності ЦРЛ показав, що протягом останніх 20 років існування заклад не забезпечується в між опалювальному сезоні достатньою кількістю гарячої води, з травня по жовтень вона відсутня в закладі. Підігрів води проводиться тільки в опалювальний сезон. Також тарифи на комунальні послуги для комунальних неприбуткових підприємств вищі, ніж для бюджетних установ, за винятком випадків, коли органом місцевого самоврядування встановлюється й тариф на енергоносії та комунальні послуги для закладів охорони здоров'я. Враховуючи зростання цін на енергоносії та значне подорожчання комунальних послуг, важливим є запровадження ряду заходів з енергозбереження, які дозволять хоча б частково зменшити витрати КП "Калинівська ЦРЛ" на енергетичні ресурси.

В умовах загальносвітового зростаючого дефіциту і збільшення вартості енергоресурсів одним із актуальних та перспективних напрямків енергозбереження є використання нетрадиційних і відновлювальних джерел енергії. Серед них особливого значення набуває застосування технологій геліоенергетики, що підтверджується загальносвітовими тенденціями споживання енергії сонця і темпами нарощування її потужностей. В Україні ця сфера освоюється повільно. Практичне використання таких інновацій перш за все передбачає застосування новітніх технологій, використання яких в свою чергу сприятиме економії традиційних енергоресурсів та відповідно коштів на утримання корпусів ЦРЛ.

Таким чином для ЦРЛ ми пропонуємо створення умов додаткового отримання теплової енергії з альтернативних джерел (улаштуванні на даху приміщення Корпусу №2 колекторів (сонячні колектори)), з метою забезпечення КП "Калинівська ЦРЛ" КРР - закладу комунальної власності області гарячим водопостачанням в між опалювальний сезон та отримання додаткової теплової енергії в опалювальний сезон, встановленні енергозберігаючих склопакетів, утеплення будівлі мінеральними плитами, що забезпечить максимальний рівень енергозбереження та шумоізоляції.

Заходи по цьому проекту включають встановлення на даху закладу 32 сонячних колекторів з 960 вакуумними трубками, монтаж двох баків нагріву, монтаж насосного обладнання, підключення блоку управління, прокладка трубопроводів системи. Для Калинівської ЦРЛ передбачено встановлення сонячних колекторів компанії Arpicus, які розраховані на круглорічне використання з метою нагрівання води для облаштування теплої підлоги та побутових потреб пацієнтів та лікарів ЦРЛ.

Геліо колектори – економічні, екологічно безпечні і є альтернативою обмеженим природнім ресурсам. Використання сонячних колекторів практично не забруднює довкілля. За даними фахівців, викиди при роботі геліо колекторів за півроку становлять 2,3 кг пилу, тоді як викиди в атмосферу від традиційних джерел – 467 кг. До того ж не має викидів чадного газу.

Сонячний колектор – це пристрій, який поглинає енергію сонця і перетворює її в тепло. Це тепло виводиться із сонячного колектор за допомогою тонких мідних трубок, які заповнені спеціальною рідиною, що легко закипає. Далі це тепло передається накопичувальному бойлеру з теплообмінником. Таким чином нагрівається вода для гарячого водопостачання.

Окрім цього надзвичайно важливим є зменшення втрат тепла лікарні. Для цього було проведено енергоаудиту будівель і споруд та заплановано виконати ремонт даху, фасаду та горищного перекриття будівлі мінеральними плитами, замінити вікна та двері на пластикові де є така необхідність. Основні характеристики проекту наведено на рисунку 3.3.

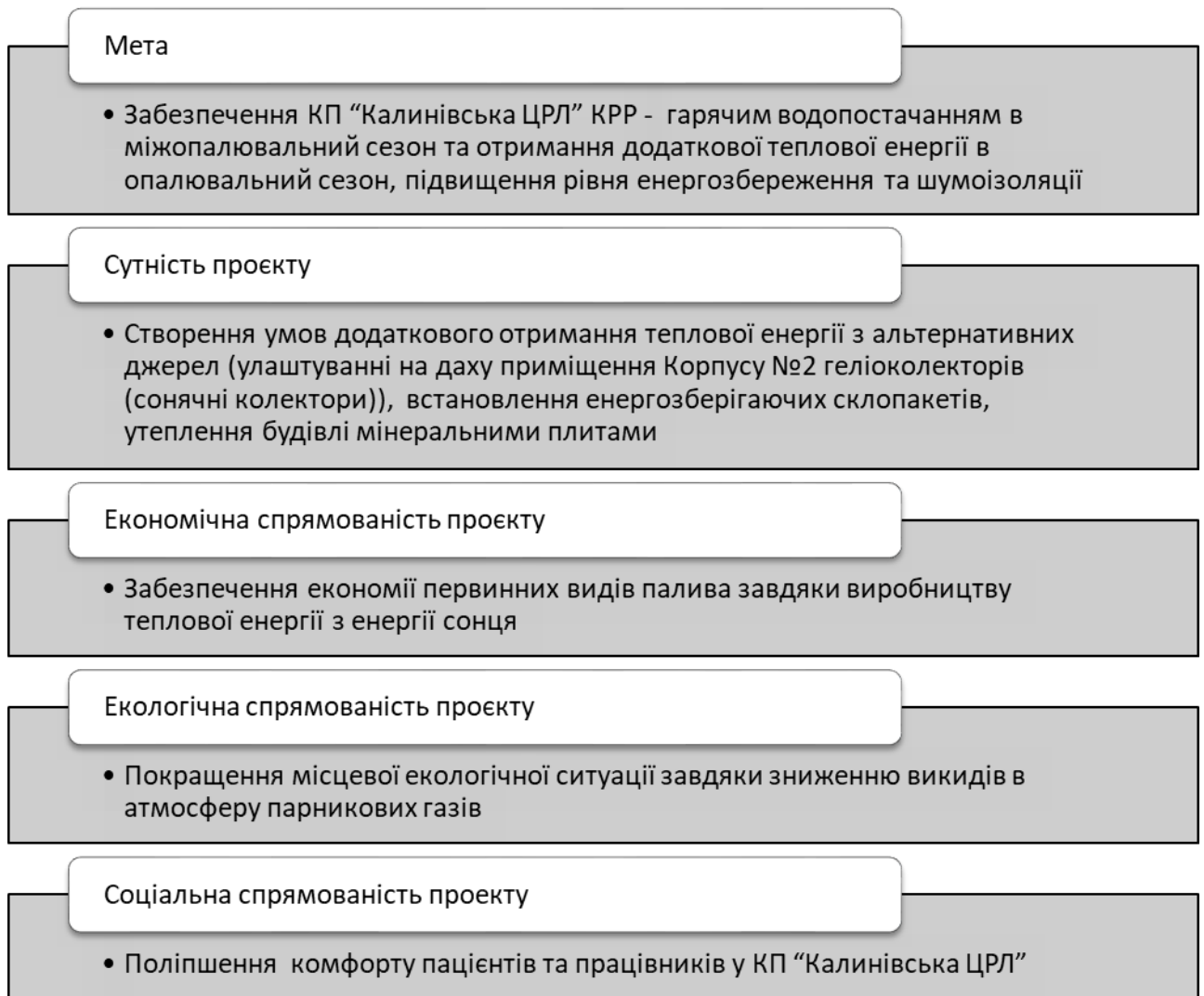


Рисунок 3.3 – Основні характеристики проекту підвищення енергоефективності КП "Калинівська ЦРЛ"

Таким чином, проект енергозбереження представляє чисту технологію та найсучасніший зразок системи використання сонячної енергії для гарячого водопостачання закладу; дає можливість поширення цієї моделі проекту для використання в інших закладах охорони здоров'я та при виконанні інших проектів з енергозбереження. Проект забезпечуватиме економію первинних видів палива завдяки виробництву теплової енергії з енергії сонця та покращить місцеву екологічну ситуацію завдяки зниженню викидів в атмосферу парникових газів – на 86,53 т. відповідно до стандартизованих коефіцієнтів викидів вугриця для української енергосистеми форм II DDP, токсичних речовин.

Соціальна спрямованість проекту полягає у поліпшенні комфорту пацієнтів та працівників у КП “Калинівська ЦРЛ”.

Таким чином, необхідно здійснити такі заходи (таблиця 3.4):

1. Призначити відповідального за енергоменеджмент КП “Калинівська ЦРЛ”.
2. Розробити план заходів щодо підвищення енергоефективності об’єктів з урахуванням висновків проведеного енергоаудиту.
3. Створити робочу групу з підготовки та реалізації проекту із залученням до її складу представників органу місцевого самоврядування, громадськості та організації партнерів.
4. Подати оголошення на систему ProZorro з метою визначення переможця на виконання підрядних робіт.
5. Провести реконструкцію приміщення ЦРЛ: ремонт даху та заміна його перекриття; утеплення фасаду та горищного перекриття будівлі мінеральними плитами; заміна входних дверей та вікон на другому поверсі на метало пластиківі.
6. Встановити обладнання обігріву води для побутових потреб пацієнтів та лікарів ЦРЛ від енергії сонця.
7. Перевести котельню на альтернативні види палива.
8. Провести навчальні та просвітницькі заходи для персоналу і пацієнтів з питань енергозбереження та ощадливого споживання електричної, теплової енергії, води та інших ресурсів.
9. Висвітлити результати реалізації проекту у ЗМІ.

Фінансування заходів покращення енергоефективності ЦРЛ планується виконати за допомогою державного фонду регіонального розвитку, коштів місцевого бюджету та партнерської участі підприємців міста.

Таблиця 3.4 - План графік реалізації заходів покращення енергоефективності
КП “Калинівська ЦРЛ”

Період	Захід	Джерела фінансування (тис. грн.)
--------	-------	----------------------------------

виконання		ДФРР	Місцевий бюджет	Партнерські кошти
2021 січень	Призначення відповідального за енергоменеджмент	0	0	0
2021 січень	Створення робочої групи із реалізації проекту	0	0	0
2021 лютий	Подання оголошення на систему ProZorro з метою визначення виконавця підрядних робіт.	0	0	0
2021 березень-квітень	Провести реконструкцію приміщення ЦРЛ: ремонт даху та заміна його перекриття; утеплення фасаду та горищного перекриття будівлі мінеральними плитами; заміна входних дверей та вікон на другому поверсі на метало пластиківі	0	290	250
2021 березень - серпень	Встановити обладнання обігріву води для побутових потреб пацієнтів та лікарів ЦРЛ від енергії сонця	1200	0	0
2021 березень - серпень	Перевести котельню на альтернативні види палива	850	0	0
2021 березень - серпень	Провести навчальні та просвітницькі заходи для персоналу і пацієнтів з питань енергозбереження та ощадливого споживання ресурсів	0	0	5
2021 вересень	Висвітлення в засобах масової інформації, на сайтах м. Калинівка та Калинівської районної ради здобутого в ході реалізації проекту досвіду впровадження енергозберігаючих заходів, використання відновлювальних джерел енергії у ЦРЛ	0	0	0

Кошти ДФРР спрямовуються, згідно чинного законодавства, на виконання інвестиційних програм і проектів регіонального розвитку (у тому числі проектів співробітництва та добровільного об'єднання територіальних громад), що мають на меті розвиток регіонів, створення інфраструктури індустриальних та інноваційних парків і відповідають пріоритетам, визначеним у Державній стратегії регіонального розвитку та відповідних стратегіях розвитку регіонів.

Відбір проектів, які фінансуються з ДФРР відбувається насамперед на обласному рівні і результати передаються на національний рівень в міжвідомчу комісію. Кошти розподіляються між областями за формулою, що враховує чисельність населення - (80%) та економічний стан регіону відповідно до показника в розрахунку на одну особу (для регіонів, у яких цей показник менше 75 % середнього показника по Україні) - (20%). Програми і проекти, що реалізуються за рахунок коштів ДФРР, підлягають спів фінансуванню з місцевих бюджетів на рівні 10 %. Таким чином, розклад бюджету за статтями видатків наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5 - Розклад бюджету за статтями видатків

Найменування заходу	Загальна вартість	Джерела фінансування (тис. грн.)					
		ДФРР бюджет		Місцевий бюджет		Кошти партнерів	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
1. Видатки споживання:							
2. Видатки розвитку:	2595	2050	100	290	100	255	100
Здійснення технічного нагляду	49	0	0	49	17	0	0
Проведення реконструкції із запровадженням енергоощадних заходів та відновлювальних джерел енергії	2546	2050	100	241	83	255	100

Як зазначалось, проект забезпечуватиме економію первинних видів палива завдяки виробництву теплової енергії з енергії сонця, тобто для обрахунку показників ефективності проекту будемо враховувати розмір економії коштів на оплату комунальних платежів - зниження енерговитрат на одиницю продукції та покращення її якості; економію ПЕР; зниження адміністративних витрат на енергію. Окрім цього у таких проектах важливою є соціальний ефект, а - покращення комфорту пацієнтів та умов праці

працівників КП “Калинівська ЦРЛ”, зменшення забруднення довкілля та інших чинників

До основних чинників негативного впливу варто віднести можливе зростання: обсягу фондів лікарні; матеріальних та фінансових витрат (незважаючи на економію енергоресурсів), пов’язаних із реалізацією технологій; чисельності обслуговуючого персоналу та інших чинників.

Всі капітальні витрати, які пов’язані підвищення енергоефективності роботи лікарні були наведені в таблиці 3.. Отже капітальні витрати на підвищення енергоефективності роботи лікарні складають 2 370 000 грн.

Обрахуємо поточні витрати. Амортизація здійснюється прямолінійним методом. Норма амортизаційних відрахувань 20%.

Річні амортизаційні відрахування обладнання становлять

$$A_p = (1\,200\,000 + 850\,000) \times 0,2 = 410\,000 \text{ грн.}$$

Таблиця 3.6 – Поточні витрати на реалізацію заходів покращення енергоефективності ЦРЛ

Назва витрат	Сума витрат на рік, грн.
Витрати на обслуговування колекторів	28 000
Річні амортизаційні відрахування	410 000
Всього	438 000

Обчислення грошового потоку. Враховуючи попередні обрахунки сум економії встановлення сонячних колекторів загальний розмір економії буде становити 594 тис. грн. на рік. Виконаємо розрахунок дисконтованого грошового потоку з коригуванням розміру економії на середній індекс інфляції (таблиця 3.7).

Таблиця 3.7 – Обчислення грошового потоку для інвестиційного проекту

Роки	Економія коштів на оплату комунальних платежів (з урахуванням інфляції), тис.грн.	Поточні витрати на реалізацію заходів покращення енергоефективності ЦРЛ тис.грн	Загальний розмір економії з коригуванням на середній індекс інфляції, тис грн	Річні амортизаційні відрахування, тис. грн	Грошовий потік, тис. грн	Коефіцієнт дисконтування (d=15%)	Дисконтований грошовий потік, тис. грн
1	594,00	438	156,000	410	566,000	0,8696	492,174
2	647,46	438	209,460	410	619,460	0,7561	468,401
3	705,73	438	267,731	410	677,731	0,6575	445,619
4	769,25	438	331,247	410	741,247	0,5718	423,811
5	838,48	438	400,479	410	810,479	0,4972	402,952
6	913,94	28	885,943	0	885,943	0,4323	383,017
7	996,20	28	968,197	0	968,197	0,3759	363,981
8	1085,86	28	1057,855	0	1057,855	0,3269	345,815
Разом							2615,974

Чистий приведений дохід при прогнозованих обсягах виготовлення при наявності фінансування дорівнює:

$$\text{ЧПД} = \text{ГП} - \text{ІК} = 2\,615\,974 - 2\,595\,000 = 20\,974 \text{ грн.}$$

7. Період окупності

$$T_o = \text{ІК} / \text{ГПс} = 2\,595\,000 / (2\,615\,974 / 8) = 7,93 \text{ року}$$

Таким чином, розрахунки показали доцільність впровадження заходів покращення енергоефективності ЦРЛ, оскільки наявна економія від застосування заходів енергозбереження в результаті встановлення колекторів. Враховуючи поточні витрати, загальний розмір економії від

запропонованих заходів чистий приведений дохід за вісім років буде становити 20 974 грн. Термін окупності запропонованих заходів 8 років. Звичайно з економічної точки зору проект є інвестиційно малопривабливим завдяки тривалому терміну окупності, однак, у цьому випадку, важливішим є соціальний ефект, а саме забезпечення належних умов перебування пацієнтів у лікарні.

Висновки до розділу

Визначено перспективні заходи розвитку медичного закладу, що спрямовані на організаційно-управлінські зміни, зокрема визначено важливість вивчення питання та запровадження аутсорсингу клієнтського сервісу; впровадження мобільного додатку пацієнта; впровадження Теле медицини, як сучасної консультативної комунікації з фахівцями; укомплектування штатів, залучення молодих кадрів тощо. Програма фінансово-економічної діяльності передбачає запровадження моніторингу стану фінансування та реалізації програм медичних гарантій, розширення спектру платних послуг, збільшення пропускну можливості спеціалістами під час адаптивного карантину, розробку проектів із залучення фінансування державного та місцевого бюджету; реалізацію заходів щодо енергозбереження відповідно до результатів енергетичного аудиту тощо.

У програмі управління якістю надання медичної допомоги визначено необхідність оновлення медичного та діагностичного обладнання, впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги, розробки системи контролю якості медичної допомоги (медичних послуг); оновлення критеріїв оцінки роботи лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу; оновлення критеріїв оцінки карти стаціонарного хворого, якості лікування в стаціонарному відділенні тощо

Програма реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року спрямована на постійне забезпечення підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації працівників сфери

охорони психічного здоров'я, що працюють у закладі, розробки методики профілактики емоційного вигорання та набуття стресостійкості тощо.

Окрім цього у роботі зазначено, що для розвитку діяльності КП “Калинівська ЦРЛ” важливим є формування механізму дій щодо забезпечення лікарні сучасним медичним обладнанням, необхідним для ефективної профілактики, діагностики та лікування порушень здоров'я, а також для проведення реабілітації пацієнтів. У роботі запропоновано алгоритм дій на всіх рівнях управління щодо забезпечення лікарні медичним обладнанням. Та, зокрема розглянуто процес залучення коштів ДФРР для придбання лапароскопічного обладнання. План графік проекту наведено у таблиці 3.1. Розклад бюджету за статтями видатків наведено у таблиці 3.2. Очікуваними результатами проекту є : забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо наявності необхідного матеріально-технічного оснащення; скорочення термінів лікування стаціонарних хворих (апендицити, фіброміоми) на 4,2 дні; скорочення на 2,3% ускладнень в післяопераційному періоді; скорочення тривалості тимчасової непрацездатності у зв'язку із хворобою пацієнтів працездатного віку (апендицити, фіброміоми) в середньому на 5 календарних днів; економія бюджетних коштів у зв'язку із скороченням термінів лікування на 44,1 тис. грн. в рік.

Окрім цього, аналіз діяльності ЦРЛ показав, що протягом останніх років існування заклад не забезпечується в між опалювальному сезоні достатньою кількістю гарячої води, з травня по жовтень вона взагалі відсутня в закладі. Підігрів води проводиться тільки в опалювальний сезон. Таким чином для ЦРЛ ми пропонуємо створення умов додаткового отримання теплової енергії з альтернативних джерел (улаштуванні на даху приміщення Корпусу №2 колекторів (сонячні колектори)), з метою забезпечення КП “Калинівська ЦРЛ” КРР гарячим водопостачанням в між опалювальний сезон та отримання додаткової теплової енергії в опалювальний сезон. Окрім цього надзвичайно важливим є зменшення втрат тепла лікарні. Для цього

було проведено аудит будівель і споруд та заплановано виконати ремонт даху, фасаду та горищного перекриття будівлі мінеральними плитами, замінити вікна та двері на пластикові де є така необхідність. Основні характеристики проекту наведено на рисунку 3.2. План графік реалізації заходів покращення енергоефективності КП “Калинівська ЦРЛ” наведено у таблиці 3.4.

Розрахунки показали більше соціальну доцільність впровадження заходів покращення енергоефективності ЦРЛ, оскільки наявна незначна економія від застосування заходів енергозбереження в результаті встановлення колекторів. Термін окупності запропонованих заходів 8 років. Звичайно з економічної точки зору проект є інвестиційно малопривабливим завдяки тривалому терміну окупності, однак, у цьому випадку, важливішим є соціальний ефект, а саме забезпечення належних умов перебування пацієнтів у лікарні.

ВИСНОВКИ

Сучасні умови діяльності підприємств визначаються жорсткою конкуренцією, динамічністю ринкової кон'юнктури, сучасними інноваційними тенденціями ведення бізнесу, мінливим характером зовнішнього середовища тощо. Тому, процесом, який дає змогу не лише виживати, але й стабільно функціонувати організаціям за таких умов, є розвиток. У таблиці 1.1 наведено визначення поняття «розвиток підприємства (організації)». Переважна більшість існуючих визначень спирається на відокремлення різноманітних змін або процесів, що сприяють зміні підприємством свого якісного стану. Класифікаційні ознаки видів розвитку підприємства наведено на рисунку 1.2.

Особливістю планування розвитку діяльності медичного закладу є те, що воно має бути тісно пов'язане зі стратегією розвитку галузі, яка визначає напрями розвитку і використання ресурсного потенціалу для покращення здоров'я населення в країні в цілому, і зі стратегією розвитку охорони здоров'я в регіоні та на муніципальному рівні з урахуванням специфічних потреб його населення в медичній допомозі та особливостей розвитку інфраструктури і ресурсного забезпечення. Будь-яка медична організація є складною системою з багатьма цілями. До основних видів цілей організації належать виробничі цілі (наприклад, показники результативності медичної допомоги), підвищення продуктивності, розширення / зменшення асортименту медичних послуг, забезпечення фінансовими ресурсами, зміни в структурі організації, покращення компетентності людських ресурсів тощо. Формування програми розвитку діяльності медичного закладу наведено на рис. 1.2.

Формування будь-яких програм розвитку має бути забезпечене фінансовою складовою. Реформа фінансування галузі охорони здоров'я України передбачає автономізацію медичних закладів, перехід до оплати державою фактично наданої медичної допомоги за системою державних гарантій. Відповідно створюються передумови застосування більш високих вимог до прийняття фінансових рішень, однак виникають і нові можливості формування та використання фінансових ресурсів. Класифікаційні ознаки фінансових ресурсів та фінансових потоків у закладах охорони здоров'я наведено у табл. 1.2.

У другому розділі дипломної роботи нами було виконано аналіз стану галузі охорони здоров'я та діяльності медичних закладів Вінницької області. Зокрема було встановлено, що за останні роки українська система охорони здоров'я мала такі характеристики: суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності (рис.2.1), застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування; велика кількість лікарень та лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами ЄС (рисунок 2.2) з надзвичайно низьким потенціалом до надання послуг, забезпечення сучасним комплексним медичним обслуговуванням; бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим (рис.2.3-2.4, табл. 2.1).

На сьогодні триває модернізація медичної галузі спрямованої на консолідацію ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, розбудову інформаційних систем тощо. До кінця 2020 року має бути автономізовано всі заклади охорони здоров'я, що будуть підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій.

Комунальне неприбуткове підприємство «Калинівська центральна районна лікарня» Калинівської районної ради є багатопрофільним медичним

зкладом, який надає спеціалізовану вторинну медичну допомогу населенню району і обслуговує 58 281 чоловік. В складі ЦРЛ функціонує стаціонар на 225 ліжок по 12 профілям та поліклініка. Забезпеченість ліжками населення району на 10 тис. становить 38,61.

КП «Калинівська ЦРЛ» КРР має негативну динаміку зменшення кількості персоналу. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна і становить близько 20%. На сьогодні є потреба у лікарях інфекціоністів, анестезіологів, отоларингологів дитячих, фельдшерів-лаборантів клініко-діагностичної лабораторії. Поряд із зменшенням кількості персоналу, зростає кількість пролікованих хворих та кількість відвідувань поліклініки, рівень доходів, відповідно зростає продуктивність праці. Спостерігається позитивна тенденція до зростання основних засобів, однак ступінь зношення значний (67% у 2019 році).

В квітні 2020 року КП «Калинівською ЦРЛ» КРР було укладено договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і, відповідно, основну дохідну частину складають доходи реалізації послуг з медичного обслуговування населення за цією програмою. Крім цього лікарня отримує дохід з місцевого бюджету за програмою підтримки та дохід від операційної діяльності.

Калинівська ЦРЛ знаходиться у декількох корпусах де наявне централізоване водопостачання, опалення та каналізація. Щороку залучаються кошти на цільове фінансування з різних джерел, таких як – ДФРР, Калинівська районна рада, місцеві ради, благодійні внески. Це дозволило створити комфортні умови для роботи лікарні та розміщення пацієнтів, розширити технічно-матеріальну базу. Однак потребують капітального ремонту приміщення кардіологічного та інфекційного відділень, система опалення і система водовідведення. Потребують подальшого оновлення основні фонди лікарні, особливо нагальним є придбання лапароскопічної стійки, пересувного цифрового рентген-апарату,

портативного УЗД. Визначені заходи з енергозбереження потребують інвестицій.

У проектному розділі дипломної роботи було визначено перспективні заходи розвитку медичного закладу (рис. 3.1), що спрямовані на організаційно-управлінські зміни, зокрема визначено важливість вивчення питання та запровадження аутсорсингу клієнтського сервісу; впровадження мобільного додатку пацієнта; впровадження як сучасної консультативної комунікації з фахівцями; укомплектування штатів, залучення молодих кадрів тощо. Програма фінансово-економічної діяльності передбачає запровадження моніторингу стану фінансування та реалізації програм медичних гарантій, розширення спектру платних послуг, збільшення пропускної можливості спеціалістами під час адаптивного карантину, розробку проектів із залучення фінансування державного та місцевого бюджету; реалізацію заходів щодо енергозбереження відповідно до результатів енергетичного аудиту тощо.

У програмі управління якістю надання медичної допомоги визначено необхідність оновлення медичного та діагностичного обладнання, впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги, розробки системи контролю якості медичної допомоги (медичних послуг); оновлення критеріїв оцінки роботи лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу; оновлення критеріїв оцінки карти стаціонарного хворого, якості лікування в стаціонарному відділенні тощо

Програма реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року спрямована на постійне забезпечення підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації працівників сфери охорони психічного здоров'я, що працюють у закладі, розробки методики профілактики емоційного вигорання та набуття стресостійкості тощо.

Окрім цього у роботі зазначено, що для розвитку діяльності КП "Калинівська ЦРЛ" важливим є формування механізму дій щодо забезпечення лікарні сучасним медичним обладнанням, необхідним для ефективної профілактики, діагностики та лікування хвороб і порушень

здоров'я, а також для проведення реабілітації пацієнтів. У роботі запропоновано алгоритм дій на всіх рівнях управління щодо забезпечення лікарні медичним обладнанням. Та, зокрема розглянуто процес залучення коштів ДФРР для придбання лапароскопічного обладнання. План графік проекту наведено у таблиці 3.1. Розклад бюджету за статтями видатків наведено у таблиці 3.2. Очікуваними результатами проекту є (таблиця 3.3): забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо наявності необхідного матеріально-технічного оснащення; скорочення термінів лікування стаціонарних хворих (апендицити, фіброміоми) на 4,2 дні; скорочення на 2,3% ускладнень в післяопераційному періоді; скорочення тривалості тимчасової непрацездатності у зв'язку із хворобою пацієнтів працездатного віку (апендицити, , фіброміоми) в середньому на 5 календарних днів; економія бюджетних коштів у зв'язку із скороченням термінів лікування на 44,1 тис. грн. в рік.

Окрім цього, аналіз діяльності ЦРЛ показав, що протягом останніх років існування заклад не забезпечується в між опалювальному сезоні достатньою кількістю гарячої води, з травня по жовтень вона взагалі відсутня в закладі. Підігрів води проводиться тільки в опалювальний сезон. Таким чином для ЦРЛ ми пропонуємо створення умов додаткового отримання теплової енергії з альтернативних джерел (улаштуванні на даху приміщення Корпусу №2 гелі колекторів (сонячні колектори)), з метою забезпечення КП "Калинівська ЦРЛ" КРР гарячим водопостачанням в між опалювальний сезон та отримання додаткової теплової енергії в опалювальний сезон. Окрім цього надзвичайно важливим є зменшення втрат тепла лікарні. Для цього було проведено енергоаудиту будівель і споруд та заплановано виконати ремонт даху, фасаду та горищного перекриття будівлі мінеральними плитами, замінити вікна та двері на пластикові де є така необхідність. Основні характеристики проекту наведено на рисунку 3.2. План графік реалізації заходів покращення енергоефективності КП "Калинівська ЦРЛ" наведено у таблиці 3.4.

Розрахунки показали більше соціальну доцільність впровадження заходів покращення енергоефективності ЦРЛ, оскільки наявна незначна економія від застосування заходів енергозбереження в результаті встановлення колекторів. Термін окупності запропонованих заходів 8 років. Звичайно з економічної точки зору проект є інвестиційно малопривабливим завдяки тривалому терміну окупності, однак, у цьому випадку, важливішим є соціальний ефект, а саме забезпечення належних умов перебування пацієнтів у лікарні.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ