

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
 Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
 Освітній рівень

на тему: «Розвиток системи управління медичною організацією (на прикладі
 КНП «Хмельницька обласна лікарня», м. Хмельницький)»

Галузь знань

07 Управління та адміністрування

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність

073 Менеджмент

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма

Бізнес-адміністрування

Назва освітньої програми

Виконав студент 2 курсу,
 група МО (в,мб)

А.С. Машевський

Керівник: к-т.екон.наук, доц. каф. ЕМА

О.В. Остапчук

Нормоконтролер

До захисту допускаю

Зав. кафедри ЕМА, канд.екон.наук, проф

Н.М. Тюріна

___ грудня 2020 р.

Хмельницький, 2020

АНОТАЦІЯ

Машевський В. С. «Розвиток системи управління медичною організацією (на прикладі КНП «Хмельницька обласна лікарня», м. Хмельницький)». Керівник роботи к-т.екон.н., доц. кафедри ЕМА Остапчук О.В. Дипломна робота магістра: 126 с., 14 рисунків, 21 таблиця, 43 джерела посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: УПРАВЛІННЯ, РОЗВИТОК, УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ, РОЗВИТОК СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ.

Досліджено теоретико-методичні основи розвитку системи управління медичного закладу. Розглянуто сутність поняття та значення управління розвитком діяльності підприємства

Зміна підходу до управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Окреслено можливості розвитку управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах. Розглянуто розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я. Виконано аналіз ефективності діяльності комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня».

Визначено та обґрунтовано використання інформаційних технологій для активізації розвитку діяльності медичного закладу. Аргументовано та обґрунтовано провадження медичної інформаційної системи «МедІнфосервіс» для розвитку діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня».

(підпис та ПІБ)

_____ 202__ р.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	7
1.1 Сутність поняття та значення управління розвитком діяльності підприємства	7
1.2 Зміна підходу до управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи	14
1.3 Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах	19
1.4 Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я	29
Висновки до розділу 1	43
2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»	46
2.1 Результативність система спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню України	46
2.2 Загальна характеристика підприємства	62
2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства	71
2.4 Аналіз системи управління, організації та забезпечення діяльності	74
Висновки до розділу 2	86
3 УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ»	87
3.1 Використання інформаційних технологій для активізації розвитку діяльності медичного закладу	87
3.2 Впровадження медичної інформаційної системи «МедІнфосервіс»	95

для розвитку діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня»

3.3 Організаційні основи та економічне обґрунтування впровадження медичної інформаційної системи «МедІнфоСервіс»	109
Висновки до розділу 3	112
ВИСНОВКИ	115
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	121
ДОДАТКИ	126

ВСТУП

Після отримання державної незалежності для українського суспільства розпочався дуже складний економічний період, пов'язаний із формуванням ринкового механізму, коли держава є ініціатором антикризових програм, що здійснюються в особливо важливих сферах соціально-економічного розвитку суспільства. У свою чергу, охорона здоров'я – надзвичайно важлива сфера національної економіки, через те, що її діяльність пов'язана з відновленням найскладнішого ресурсу нашої країни – людського.

Саме тому шляхи впровадження концепцій сталого розвитку у ході виконання завдань розвитку управління у сфері охорони здоров'я є актуальними завданнями сьогодення.

Проблеми розвитку та управління у сфері охорони здоров'я досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені: Ахламов А. Г., Баєва О. В., Білинська М. М., Гайдаєв Ю. О., Галацан О. В., Жаліло Л. І., Золлнер Х., Кризіна Н. П., Круглова Н. Ю., Кусик Н. Л., Лещенок В. В., Маркіна І. А., Овсяннікова Л. М., Петрова С. В., Полянська С. В., Попченко Т. П., Сафонов Ю. М., Солоненко І. М., Шестаковська Т. Л. та ін.

Незважаючи на достатню кількість праць з проблематики розвитку управління, слід зазначити, що питання конкретних механізмів розвитку системи управління у сфері охорони здоров'я вивчені недостатньо. З переходом до ринкових відносин багато проблем методологічного, методичного та практичного характеру, пов'язаних із управлінням у сфері охорони здоров'я, ще не розв'язані. Недостатньо уваги приділяється питанням організації надання медичних послуг, що ускладнює вироблення механізму сталого функціонування медичної практики.

Метою роботи є розвиток теоретичних основ управління діяльністю медичного закладу та розробка практичних рекомендацій щодо розвитку системи управління медичним закладом.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити та розвинути теоретико-методичні засади управління розвитком діяльності медичного закладу;
- провести комплексний аналіз фінансово-господарської діяльності комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня»;
- розробити практичні рекомендації щодо розвитку системи управління комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня».

Об'єкт дослідження – процеси управління розвитком системи управління медичного закладу.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти управління розвитком системи управління медичного закладу.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі були використано такі методи: систематизації, узагальнення, порівняння, індексний, балансовий, аналітичний, структурно-логічний, графічний, економіко-математичний та інші методи.

Магістерська робота загальним обсягом 126 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та містить список використаних джерел із 43 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 14 рисунками і містить 21 таблицю.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

1.1 Сутність поняття та значення управління розвитком діяльності підприємства

Структурна перебудова світової й української економік та посилення глобалізаційних процесів призвели до докорінних змін у системі функціонування вітчизняних підприємств. Відбулося посилення впливу основних економічних факторів зовнішнього середовища на діяльність господарюючих суб'єктів. На сьогодні усе більшої значущості набуває нова парадигма управління розвитком підприємства, відмінність якої від класичної полягає у визнанні невизначеності середовища функціонування та переходу від прагнення стабільності до гнучкості, забезпечення довгострокової результативності діяльності з використанням не тільки кількісних, а й якісних показників та визначенні їх відхилень, а й у глибокому дослідженні причин їх виникнення.

Все більше виникає необхідність у переоцінці структури і змісту механізму розвитку підприємств та пристосування його елементів до умов сучасного господарювання. Актуальність проблеми розвитку підприємства значно зростає в умовах кризи, в зв'язку з тим, що розвиток економіки країни залежить від результатів господарської діяльності кожного конкретного підприємства.

Характерною рисою сучасного етапу розвитку економіки є глибокі зміни в усіх її сферах, які впливають на систему управління, тим самим виникає необхідність розглядати її як динамічний процес, бо її форми, методи і функції перебувають під впливом багатьох факторів: масштабу підприємства, рівня прибутковості, конкурентоспроможності тощо.

Категорія «управління» характеризує здатність підприємства як сукупності соціально-економічної, матеріально-технічної та організаційно-технологічної

систем зберігати свою визначеність, підтримуючи стан динамічної рівноваги між внутрішніми та зовнішніми чинниками діяльності підприємства.

Діяльність, у даному контексті, означає таке ставлення учасників бізнесу до соціально-економічного середовища господарювання, що передбачає його перетворення і підпорядкування їхнім економічним інтересам [1, с. 104].

Управління – це цілеспрямована діяльність усіх суб'єктів господарювання, що забезпечують становлення, стабілізацію, оптимальне функціонування і обов'язковий розвиток підприємства.

Процес управління підприємством характеризується постійним і системним впливом на діяльність його структур для забезпечення узгодженої роботи і досягнення кінцевого позитивного результату.

Ефективність діяльності підприємства залежить від багатьох параметрів – ступеня розвиненості виробництва, поділу і кооперації праці, використання результатів науково-технічного прогресу, економічних ресурсів, форм стимулювання високопродуктивної праці тощо, але, в першу чергу – від ступеня взаємного інтегрування зазначених факторів під час їх використання. Застосування того чи іншого фактора без зв'язку з іншими не забезпечує оптимального економічного розвитку підприємства.

Сучасний етап розвитку економічної наукової думки характеризується переосмисленням традиційних підходів і методик управління системами різних рівнів.

Якщо в недалекому минулому вимірювання досягнень підприємств здійснювалося за допомогою методів управління, які базувалися на управлінні фінансовими показниками діяльності, то сьогодні реалії сучасного ведення бізнесу вимагають переосмислення основних факторів економічного розвитку.

Категорія «розвиток» розкриває характер змін, які відбуваються у системі підприємства. Іншими словами, це послідовність переходів соціально-економічної системи підприємства з одного стану в інший від моменту його створення до дати його ліквідації (юридичної та «фізичної»). Слід особливо зазначити, що підприємство в рамках роботи трактується як організаційно відокремлена,

економічно самостійна, відкрита соціально-економічна система, яка на основі внутрішнього стану взаємодіє з зовнішнім середовищем і виготовляє продукцію (товари, роботи, послуги) [2].

Розвиток підприємства є незворотним процесом, який забезпечує спонтанні чи керовані переходи від одного неповторного стану до іншого через процес змін.

Неповторність кожного конкретного економічного стану підприємства забезпечується неможливістю повного повторення різноманітності, якості, кількості та сили впливу факторів, які його визначили.

Першоосновою розвитку підприємств слід вважати різноманітні зміни (внутрішнього та зовнішнього характеру), які виступають результатом взаємодії економічних предметів (об'єктів), їх властивостей та параметрів.

Соціально-економічні зміни у системі підприємства носять об'єктивний характер, тобто не залежать від волі та бажання людини (власників, менеджерів, працівників, інвесторів, кредиторів тощо) [3].

Розвиток підприємства може буди здійснено в різних формах (табл. 1.1).

Сучасне підприємство дуже часто розглядають як об'єднання двох підсистем – керуючої та керованої.

Керуюча підсистема (суб'єкт управління) здійснює управлінський вплив на керовану підсистему (об'єкт управління) – виробничий персонал, обладнання, сировину, технології тощо. Отже, цілеспрямований вплив керуючої системи на керовану з метою забезпечення процесу переходу від поточного стану підприємства до кращого (досконалішого) порівняно з попереднім станом, у відповідності до поставлених цілей, являє собою основу управління розвитком підприємства.

Іншими словами, управління розвитком підприємства має на меті переміщення системи з одного стану в інший, з новими якісними характеристиками. Ефективне управління розвитком підприємства забезпечується за допомогою реалізації ряду принципів, які являють собою основні, вихідні положення, встановлені загальноприйняті, широко розповсюджені правила дій та властивості економічних процесів [4, с. 23].

Таблиця 1.1 – Форми розвитку підприємства

Форми розвитку підприємства	Сутність форм розвитку підприємства
Революція	стрибок, фазовий перехід, катастрофа, яка передбачає докорінну зміну підприємства
Еволюція	форма розвитку, яка передбачає поступальну, повільну, плавну якісну зміну на основі адаптації підприємства до умов середовища, що змінюється
Прогресивний розвиток	зміна якості системи від нижчого до вищого чи менш зробленого до більш зробленого
Регресивний розвиток	зниження якісного рівня, деградацію організації, падіння її якісних і кількісних характеристик
Ринковий розвиток	відображає процес розширення кола споживачів, клієнтури
Організаційний розвиток	відображає процес розвитку індивідуума, груп, сфер відповідальності, систем управління, ініціатив тощо
Екстенсивний розвиток	прояв і збільшенням того, що вже
Інтенсивний розвиток	виникненням якісно нових форм
Діловий розвиток	спрямування ресурсів туди, де вони мають забезпечити максимальну конкурентоспроможність протягом максимально великого терміну часу
Сталий розвиток	розвиток обумовлений впливом факторів внутрішнього і зовнішнього середовища та такий, що характеризується збільшенням його потенціалу, попиту на продукції, масштабу діяльності, можливістю забезпечити безперервний процес виробництва та зберігати платоспроможність протягом тривалого періоду часу процес змін, які трапляються у функціонуванні підприємства
Керований розвиток	виділена в складі підприємства систему, в якій об'єднані процеси реструктуризації та реінжинірингу, інноваційні та інвестиційні процеси, що ведуть до кількісних та якісних змін у всіх функціональних галузях підприємства, а також контури управління на основі зворотних зв'язків, де вирішуються завдання стратегічного й тактичного управління, а також запускаються механізми самоорганізації оперативного управління розвитком

На основі аналізу та систематизації вітчизняної та зарубіжної економічної літератури пропонуємо наступну систему принципів управління розвитком підприємств (рис. 1.1).

Комплексне дослідження будь-якої системи управління повинно здійснюватися у два етапи.

На першому етапі обґрунтовується склад та аналізується стан системи управління на визначеному відрізку часу, тобто досліджується структура управління.

На другому етапі формується та здійснюється організація процесу управління, тобто досліджується функціонування системи управління. Вихідним пунктом дослідження системи управління є визначення мети системи.

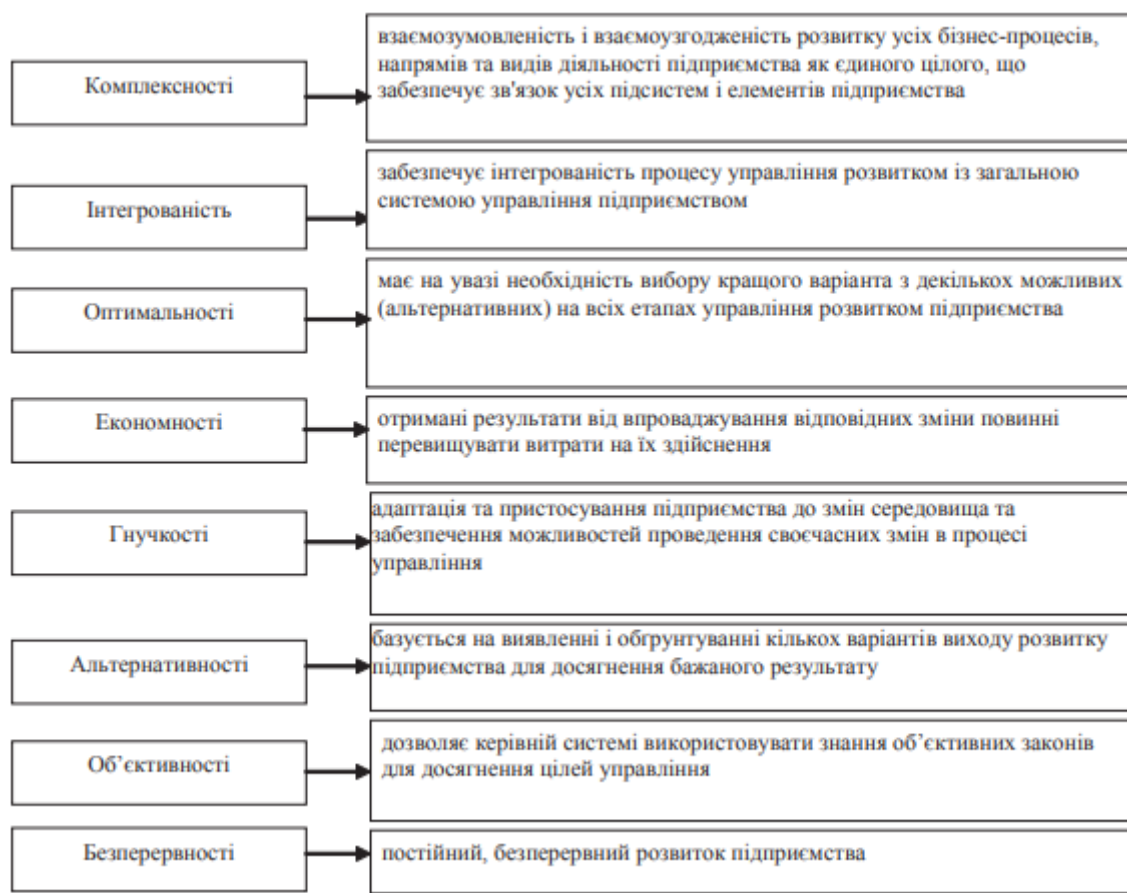


Рисунок 1.1 – . Принципи управління розвитком підприємства

В узагальненому вигляді мета управління – це бажаний стан об'єкта управління стосовно до майбутнього [5, с. 28].

Головна мета управління розвитком підприємства – забезпечення стійкого економічного зростання та одночасної збалансованості бізнес-процесів для стабільного функціонування та прогресивного розвитку підприємства в майбутньому.

У процесі управління розвитком підприємства головна мета, його основні задачі та принципи реалізуються шляхом здійснення певних функцій.

Ґрунтуючись на загальній теорії менеджменту, процес управління розвитком на підприємстві може реалізовувати через такі основні функції:

- прогнозування (планування) – визначення цільових настанов, встановлення завдань функціонування (тактика) і розвитку (стратегія), визначення шляхів і засобів реалізації планів;
- організація і координування – створення, узгодження факторів і процесів виконання планів;
- стимулювання і активізація – створення мотивів і стимулів персоналу до узгоджених та ефективних дій;
- моніторинг – систематичне спостереження за ре& зультатами діяльності, їх аналіз, корегування планів, шляхів і засобів їх реалізації [6, с.102].

На даному етапі розвитку умови функціонування суб'єктів господарювання характеризуються високим рівнем невизначеності й динамічності та зумовлюють необхідність пошуку нових, відповідних сучасним реаліям методичних підходів до забезпечення успішного розвитку підприємства.

В умовах невизначеності та швидкозмінності конкурентного середовища традиційні методи управління підприємством є неефективними, тому постає необхідність розробки механізму управління економічним розвитком підприємства (рис. 1.2).

Здійснення процесів управління розвитком підприємства відбувається на основі використання різних методів, інструментів, методик, а також техніки і технології.

Для цілей управління саме розвитком підприємства як динамічного процесу зазвичай застосовуються статистичні методи, ме& тоди факторного аналізу, економіко-математичного моделювання, прогнозування та інші, які у поєднанні утворюють різні методики оцінки розвитку, вибору стратегії розвитку та його моделювання [7, с. 132].

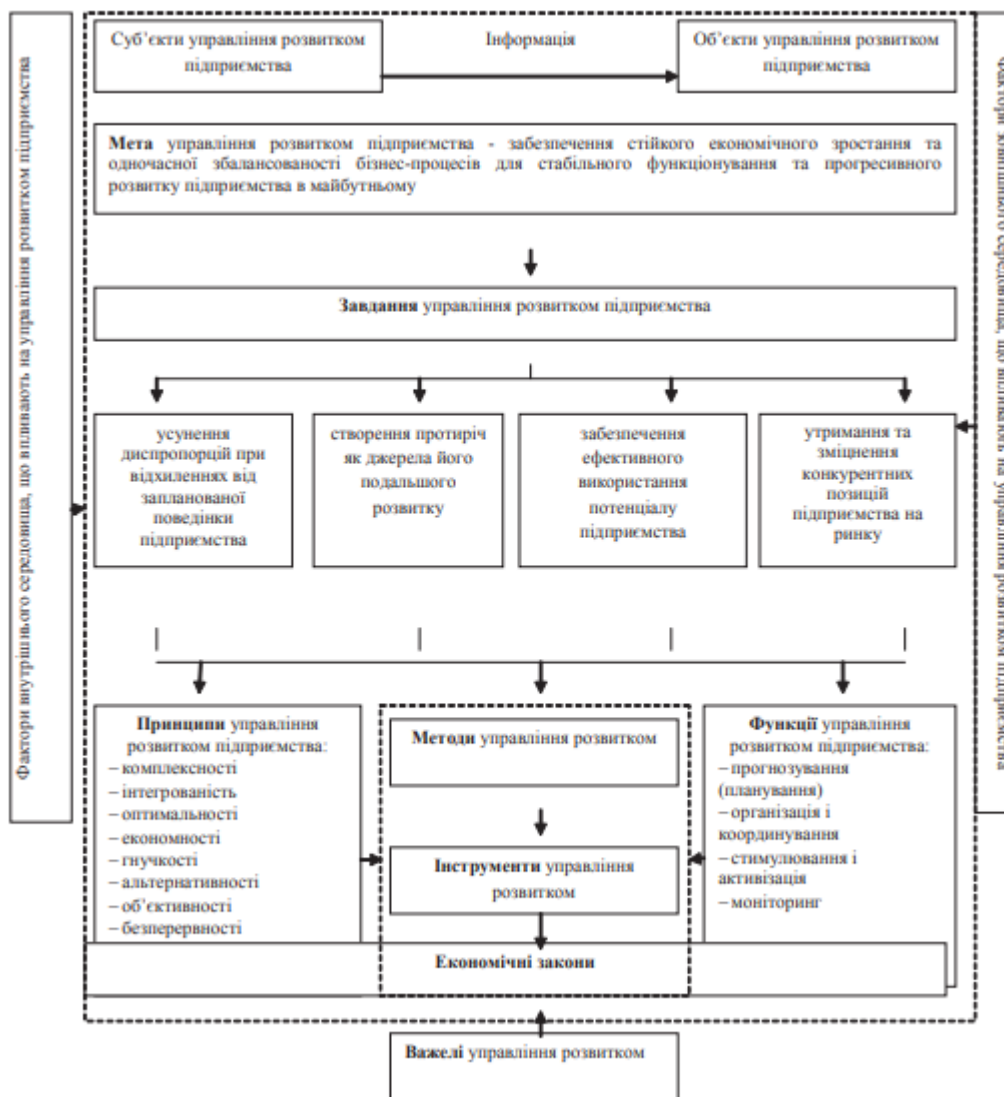


Рисунок 1.2 – Механізм управління розвитком підприємства

У сучасних умовах господарювання проблеми, пов'язані з управлінням розвитком підприємства, набули особливої актуальності. Зовнішніми спонукальними мотивами стали загальносвітові процеси, зокрема тенденції до глобалізації та корпоратизації світової економіки.

Внутрішні мотиви об'єктивно виникли в результаті змін умов функціонування підприємств, що призвело до необхідності розробки нових сучасних стратегії розвитку підприємств, які є базисом для успішної діяльності підприємств.

За результатами дослідження існуючих методологічних підходів до управління розвитком підприємства визначено, що найбільш ефективним для вирішення проблем управління розвитком підприємства є використання сучасних концепцій менеджменту, які застосовують взаємодію процесного, системного, ситуаційного, цільового, синергетичного та кумулятивного підходів.

У контексті управління розвитком підприємства особливого значення набуває вивчення практичних аспектів запровадження означено механізму на вітчизняних підприємствах сфери охорони здоров'я.

1.2 Зміна підходу до управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи

Процес управлінських рішень у медичних установах стає складнішим, враховуючи дедалі більшу різноманітність аспектів, що визначають реалістичність та потенційну ефективність таких рішень у сучасному контексті. Зміни, що відбуваються в медичній галузі, лімітне фінансування закладів охорони здоров'я, зростаючі потреби пацієнтів у якісній медичній допомозі, поширення сучасних методів лікування та діагностики – це фактори, що формують зовсім інші вимоги до всіх учасників відносин у сфері медицини [19].

У межах вітчизняної медичної реформи пропонується перекласти функції замовника медичних послуг на заклад, який буде розподіляти фінансові ресурси за рахунок платних послуг пацієнтам. Таким чином, держава рухається від підтримки мережі закладів охорони здоров'я, які надають безкоштовні послуги, до придбання послуг у цій мережі. Постачальником послуг визначено медичні заклади, а споживачами медичних послуг – пацієнтів. Відповідно до реформи передбачено формування автономного замовника послуг, автономних постачальників, які продаватимуть замовнику послуг медичні послуги, ґрунтуючись на підписанні договорів. Як перспектива – створення

контролюючого органу чи наглядової ради. Отже, метою всіх державних дій має стати єдиний ринок медичних послуг (медичний простір), який об'єднуватиме всіх постачальників (установи, заклади охорони здоров'я), зокрема приватні медичні центри, заклади, аптеки тощо [8].

Однак у моделі збалансованого трикутника дій «споживач – замовник – постачальник» (рис. 1.3) відсутній важливий елемент – інноваційна компонента. Існуюча національна модель таких відносин недосконала, оскільки в ній практично не бере участі національний виробник інновацій (нових лікарських засобів, медичної техніки й виробів медичного призначення), а замовника послуг практично не існує, оскільки він інтегрований із постачальником. У ролі постачальника виступає держава, яка володіє закладами охорони та забезпечує їхнє утримання. Така ситуація не сприяє розв'язанню конфлікту інтересів усіх зацікавлених сторін, що призводить до низьких результатів (надання медичної допомоги та медичних послуг) при значних національних витрат на охорону здоров'я [9].

Отже, потрібно запровадити інноваційні підходи та елементи професійного менеджменту, адекватні трансформаційним процесам у галузі медицини, для покращення індикаторів якості всіх складових системи управління закладом охорони здоров'я: рівень кваліфікації медичного персоналу; сучасне обладнання, інноваційні та інформаційні технології із вдосконаленням автоматизованих електронних систем обробки інформації та систематичним покращенням якості та повноти медичної інформації; здатність максимально повно задовольняти потреби споживача, забезпечуючи повний спектр високоякісних медичних послуг.

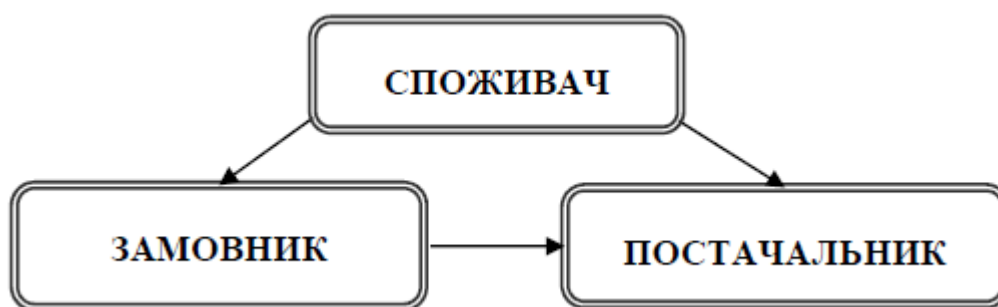


Рисунок 1.3 – Збалансований трикутник дій

Отже, вдосконалити управлінську систему медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є необхідною умовою забезпечення його конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, при переході до автономної моделі діяльності, доцільно реалізувати такі принципи [12].

Серед перших – принцип цілеспрямованості, який акумулює всі компоненти процесу управління. Специфіка його впровадження в закладах охорони здоров'я полягає в необхідності висвітлення цілей медичного, організаційного, технологічного та фінансово-економічного змісту з підпорядкуванням останніх першим двом.

Інший принцип полягає саме в управлінні медичним закладом і враховує – безпеку, яка є основоположним принципом надання медичної допомоги населенню та пріоритетним критерієм забезпечення та оцінки його якості. Реалізація цього принципу вимагає комплексних системних зусиль, що включає широкий спектр професійних, організаційних, правових та психологічних заходів щодо поліпшення процесу діагностики та лікування, забезпечення реальних умов управління ризиками (включаючи безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання), санітарноепідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики та безпечну ситуацію в медичних установах [18].

Одним із першочергових напрямів – це ефективна кадрова політика (питання підготовки, підвищення мотиваційної складової, розподілу медичних кадрів тощо) є ключовим напрямом ефективного управління закладом охорони здоров'я, оскільки від професійного рівня медичних працівників залежить якість, своєчасність і доступність надання медичної допомоги пацієнтам [15].

Нині у вітчизняних медичних закладах бракує менеджерів-організаторів у сфері охорони здоров'я, які були б здатні застосовувати широкий спектр практичних навичок та приймати ефективні стратегічні рішення, що необхідні для зміни на організаційному рівні, і глибокого розуміння викликів та новітніх тенденцій у галузі охорони здоров'я.

Така ситуація пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки керівників медичних закладів та несформованістю освітньої бази щодо досягнень як провідних країн світу, так і реалій вітчизняної медичної системи [17].

Особливу увагу необхідно приділити тому, що керівники медичних закладів у розвинених країнах світу – це фахівці, які володіють достатнім багажем теоретикопрактичних знань із менеджменту, економіки, права, поведінкових наук, доказової медицини тощо. А у вітчизняних закладах охорони здоров'я значна частина управлінців – лікарі-практики з медичною освітою.

З часу реформи медичної галузі в Україні постійно тривають дискусії щодо стану управління медичним закладом та його керівного складу, а також відповідність освіти займаній посаді. На сьогодні головний лікар медичного закладу виконує функції як адміністративні, так і медичні. Незважаючи на те, що ці заклади перебувають на утриманні держави, це величезний обсяг роботи. Тому ми маємо брати приклад із розвинених країн, де управлінські функції є структурованими, наприклад, адміністративними питаннями займається менеджер, медичними процесами – медичний фахівець тощо [14].

З 1 січня 2019 року в Україні в межах реформи охорони здоров'я ввели розмежування посад і функцій у медичних установах: медичними питаннями буде займатись медичний директор, а господарськими питаннями – директор установи. Ніхто не буде звільнений, усі медичні працівники на чолі з головним лікарем будуть виконувати свої функції до закінчення терміну дії контракту [11].

Після закінчення дії контракту медичні працівники мають подати свої кандидатури на конкурс генерального або медичного директора закладу охорони здоров'я і в разі проходження до 2022 року кандидат може обіймати посаду з будь-якою вищою освітою (лікар, економіст, гуманітарною освітою і т. ін.). А відповідно до наказу від 31.10.2018 р. № 1977, затвердженого МОЗ України, з 2022 року всі претенденти на зазначені посади повинні здобувати управлінську чи менеджерську освіту в галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» [20].

Як уже зазначалося, проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, не тільки стосуються медичного закладу, а лежать в основі формування державної політики. Серед невідкладних завдань, розробка професійних стандартів із дотриманням європейських вимог та програм для підготовки. Це дасть змогу сформувати єдині підходи до встановлення відповідності номенклатури та кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей.

Сучасні трансформаційні зміни в галузі охорони здоров'я спонукають медичні кадри до безперервного навчання і професійного розвитку (відповідно до постанови Кабміну № 302 від 28 березня 2018 року), які здатні до адаптації в умовах їх функціонування. Таким чином, сучасна ситуація у вітчизняній охороні здоров'я вимагає проведення глибинних перетворень і оновлення змісту і форми підготовки керівних кадрів, впровадження дуальної освіти або альтернативних форм, таких як дистанційне навчання [15].

Отже, застосування системного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я об'єднує сукупність взаємопов'язаних елементів: ресурси та інформація, надання медичної послуги і зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта). На сьогодні в реформаційних умовах такий підхід є найбільш перспективним і дозволяє елементам ефективного управління медичними закладами реалізувати на практиці не лише на мікрорівні, але й у контексті трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я [10; 18].

Таким чином, всупереч новим виклики і реформаційним змінам трансформація медичної системи уповільнюється, оскільки медичні заклади є досить консервативним елементом системи охорони здоров'я. Функціонуючи на ринку медичних послуг, заклади охорони здоров'я для підтримки конкурентоспроможності мають враховувати фактори впливу ендогенного та екзогенного характеру пов'язані з реформуванням галузі та процесами децентралізації, до яких слід віднести: змінити методи планування та організації діяльності медичних закладів; впровадження нових моделей управління; застосування сучасних форм оплати медичних послуг; новаторство в частині

формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); інноватизація інформаційно-аналітичного забезпечення; підвищити професійний рівень кадрового потенціалу; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

1.3 Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах

Трансформаційні процеси в суспільстві тісно пов'язані з новою концепцією управління його розвитком, яка базується на формуванні суспільства новою типу, продукуванні й реалізації нових знань, їх сукупного, цілісного й оптимального використання.

Вони спрямовуються на підвищення соціального здоров'я, розвиток людського капіталу, формують основи побудови інтегрованої мережі організації праці з функціями, які перетинаються, і змінюваними методами управління суспільною діяльністю.

Це зумовлює появу нових підходів і принципів управління розвитком усіх складових елементів і галузей суспільної діяльності та необхідність переходу до комунікативної конструкції побудови суспільних відносин, забезпечення якості суспільних ресурсів та інноваційних технологій управління ними.

Зазначене охоплює надзвичайно складні компетенції системних компонентів суспільства, які формують цілісну інтегральну здатність керованих об'єктів окремих підсистем і їх складових у вирішенні стратегічних завдань та впровадженні інноваційних технологій, способів і моделей управління розвитком складних соціально-економічних систем.

Галузь охорони здоров'я належить до надзвичайно складних як з погляду цілей і складності вирішуваних завдань, так і за обсягом взаємозв'язків, наявності численних чинників впливу вторинних ефектів розвитку інших галузей і сфер

суспільної діяльності, від якості функціонування яких залежать стан і рівень здоров'я населення країни. Останнє формується на всіх ієрархічних рівнях суспільного і регіонального поділу праці.

Рівень розвитку галузі охорони здоров'я залежить і від якості кіїщевих результатів інших споріднених галузей, ураховує змінюваність навколишнього середовища і зростаючі вимоги суспільства до власних результатів діяльності.

Необхідно акцентувати, що в Україні поглиблюється невідповідність між високими потребами населення в послугах охорони здоров'я і низькими можливостями державної системи охорони здоров'я в їх задоволенні. А спроби реформування галузі охорони здоров'я не привели до позитивних змін через економічну кризу та відсутність безпосередньої залежності між фінансуванням сектору охорони здоров'я та якістю медичних послуг.

Природно, що глобальність проблеми забезпечення й збереження здоров'я, складність та багатоаспектність завдань їх вирішення, не може забезпечуватися тільки існуючою системою галузевої охорони здоров'я і органами управління ними й погребують нових нетрадиційних інноваційних підходів, які здатні створити, реалізувати й управляти здоров'я забезпечувальними, здоров'явідновлювальними і здоров'язміцнювальними технологіями [31].

Зміст існуючих показників суспільного здоров'я в Україні свідчить, що в широкому колі завдань із вирішення визначеної проблеми, існують проблеми, якісне вирішення яких виходить далеко за межі галузі охорони здоров'я.

Такі проблеми формуються в оточенні сфери охорони здоров'я, міжсекторальному й міжгалузевому просторах і комунікативних та об'єктивно існуючих природних зв'язках між ними.

У них здійснюються процеси ресурсного й організаційного забезпечення функціонування цієї галузі, вирішуються соціальні питання, питання зменшення забруднення атмосфери, питання озеленення територій, очистка водойм, знешкодження відходів, регулюються і вживаються заходи щодо зменшення надмірної хімізації і забезпечення якості продуктів харчування та багато інших,

що негативно впливають як на якість життя, так і на його тривалість, у місцях і умовах їх проживання на території муніципальних утворень.

Саме з цього рівня починають формуватися джерела здоров'я нації. Тому і будь-які перетворення, у тому числі й завдання реформування й модернізації організації та управління медичною галуззю, є першочерговими в низці прогресивних змін, насамперед, у соціальному секторі.

У вузькому розумінні модернізацію системи охорони здоров'я можна розглядати як модернізацію організації роботи закладів охорони здоров'я, фармацевтичних підприємств, санітарно-епідеміологічних установ, закладів медичної освіти й управління ними.

У широкому розумінні її слід розглядати як реформування системи управління всіх галузей, пов'язаних із діяльністю системи охорони здоров'я. У будь-якому разі всі галузі, пов'язані із забезпеченням і охороною здоров'я, слід розглядати в складі специфічної, багатофункціональної системи національної економіки, що охоплює всі види діяльності, пов'язані зі здоров'ям громадян.

Спільний інтегрований результат їх діяльності буде характеризуватися ступенем розвитку здоров'я всього суспільства, який у світі визначається як індекс людського розвитку.

Індекс людського розвитку обчислюється на основі чотирьох показників: очікуваної тривалості життя під час народження дитини, рівня грамотності населення, старшого за 15 років, охоплення всіма видами освіти (включаючи й вищу) вікових категорій, що, відповідно до специфіки національної освітньої системи, мають підлягати навчанню, та величини ВВП на душу населення за паритетами купівельної спроможності.

Україна умовно належить до відносних лідерів групи середнього розвитку, до якої входить іще одна країна з євроінтеграційними амбіціями – Туреччина.

Група середнього рівня розвитку людини – це транзитно-перехідна група, країни якої можуть мати досить високі показники за однією складовою зведеного індексу й бути на низькому рівні за показником іншої складової.

В Україні спостерігається саме така тенденція. Вона відстає за показником величини ВВП на душу населення (85-те місце) та показником очікуваної тривалості життя під час народження (113-те місце). За рівнем грамотності Україна посідає 11-те місце (99,4 %). Саме завдяки сильним позиціям в освітній сфері наша країна має підсумкову 77-му позицію.

Отже, існуючу в Україні модель охорони здоров'я сьогодні слід уявляти як систему охорони індивідуального здоров'я, стан якого поставив Україну у світовому співтоваристві аж на 113-те місце, тому зазначене спонукає до рішучих дій у напрямі змін на краще [28].

Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я для забезпечення й підвищення якості індивідуального та суспільного здоров'я має здійснюватись послідовно в багатьох площинах.

Перш за все, українській владі на всіх рівнях необхідно змінити уявлення про цю галузь, яка тільки охороняє здоров'я, і уявити її як системну складну галузь, у просторі якої формуються і працюють здоров'язабезпечувальні і здоров'язміцнювальні технології формування й нагромадження людського капіталу держави.

Саме таке розуміння призначення медичної галузі має формувати стрижень її стратегічної і системної модернізації. У цьому процесі і визначається її роль як системи, що не тільки охороняє індивідуальне здоров'я громадян, а й створює належні умови для забезпечення, зміцнення й підтримки здоров'я в усіх його проявах.

Багатоаспектність і багатоплощинність цієї проблеми спонукають до розгляду сфери охорони здоров'я як мультискладної системи, що може бути подана низкою різних підсистем і підгалузей на всіх рівнях поділу суспільної праці, діяльність яких у сукупності спрямована на досягнення стратегічних цілей зміцнення соціального здоров'я людей, починаючи з місця їх проживання – територіальних громад.

У її склад доцільно включити існуючу галузь охорони здоров'я, підсистеми оздоровчої діяльності, підсистеми закладів оздоровчої інфраструктури,

підсистеми підготовки кадрів (медичних працівників, менеджерів та інших фахівців, які залучаються в процеси управління системою охорони здоров'я), а також інші структури, пов'язані з охороною здоров'я.

Організаційні схеми і зв'язки цих підгалузей в територіальній (муніципальній) системі охорони здоров'я повинні формуватись на принципах мережної організації праці, забезпечення високого рівня консолідації зусиль влади, бізнесу і жителів, на належному рівні сформованості громадянства територіальних і регіональних спільнот у реалізації визначених цілей охорони здоров'я.

Модернізації організації й управління в існуючій системі охорони здоров'я повинні підлягати всі її функціональні структури з огляду на їх нову роль у міжсекторальних зв'язках і появи нових завдань системного забезпечення і зміцнення здоров'я.

Важливою умовою для обґрунтування цілей і заходів з розробки й обґрунтування стратегії модернізації галузі є наявність системної і якісної інформації про стан здоров'я людей у містах та регіонах з якомога ширшого кола показників з урахуванням тих чинників, які впливають на рівень здоров'я.

Узагальнені групи показників здоров'я, запропоновані українськими вченими [26; 27; 29], групуються за певними ознаками й складовими критеріями оцінки сформованості здоров'я. Вони дозволяють аналізувати стан здоров'я за широким колом показників і дають можливість моніторити його за певними періодами часу.

При цьому буде якісно поглиблюватись місія національної охорони здоров'я й охоплюватимуться всі площини її системного формування.

Для створення такої системи можуть використовуватися різні види інноваційних організаційних схем і структур побудови органів управління шляхом перенесення та імплементації в них апробованих у світовій практиці механізмів і структур управління розвитком, у складі яких визначаються, зокрема, корпоративні.

Внесення суттєвих організаційно-управлінських змін потребує модернізації діючих та застосування нових моделей управління, в яких задіяні сучасні прогресивні системи менеджменту, а також використання стратегічного планування та управління [28].

Створення фундаменту й умов функціонування цілісної державної системи медичного і соціального забезпечення як основних детермінант категорії «здоров'я», що базуються на застосуванні здоров'язберігаючих технологій, залученні додаткових джерел фінансування для технічного, технологічного, кадрового і соціального їх облаштування, має стати для органів влади всіх рівнів стратегічною метою реформування сектору охорони здоров'я в Україні.

Радикальні зміни щодо поліпшення здоров'я населення мають ґрунтуватися на новій парадигмі й концепції розвитку національної стратегії охорони здоров'я. Адже здоров'я слід розглядати як соціальну доміную на національній безпеці України в забезпеченні конституційно визначених соціальних гарантій та реалізації пріоритетів соціально- економічного розвитку України.

Серед альтернативних моделей модернізації, організації й управління охороною здоров'я на рівні муніципальних утворень найбільш доступною з погляду місцевих можливостей та умов реалізації є корпоративна модель управління цією системою.

В Україні процес формування корпоративних структур управління розпочався в межах економічних реформ у промисловості і був спрямований на запровадження в практику господарювання ринкових відносин.

Водночас зміст поняття «корпоратизм» включає не тільки економічні аспекти (співволодіння власністю і взаємовідносини із забезпечення її ефективного використання та отримання прибутку для забезпечення інтересів зацікавлених осіб), а й глибокий соціальний зміст.

Слід наголосити, що «соціальність» корпоратизму в окремих випадках є більш значущою. Вона перевищує його економічне підґрунтя і стає його ключовою ознакою та призначенням. Соціальна мета суспільної взаємодії і

створюваний досвід суспільного використання соціальної корпоративної взаємодії вже розглядаються у світі як потужне джерело розвитку суспільства.

Модель корпоративного управління будується на корпоративних партнерських відносинах і включає змістовне та структурне моделювання елементів, процесів і зв'язків у системі охорони здоров'я.

Тому, з огляду на тлумачення корпоратизму як типу соціальної і духовної організації суспільства, органи влади здатні консолідувати зусилля людей у певному напрямку заради досягнення спільних цілей.

Це потребує уточнення виду і змісту корпоративних відносин, які об'єктивно існують у різних сферах діяльності, що впливають на стан здоров'я людей, розкриття цілей, стратегій, завдань, функцій і методів організації здоров'язміцнювальних і здоров'явідтворювальних технологій та інституціалізації механізмів їх взаємодії на рівні муніципальних утворень.

Схема організації системи охорони здоров'я на муніципальному рівні й управління нею подана на рисунку 1.4.

Запропонована модель структури раціональної системи охорони здоров'я, побудована з використанням системного процесного і корпоративного підходів, має комплексний характер і забезпечує взаємозв'язки і взаємодію всіх сфер формування й забезпечення індивідуальних системних і спільних потреб в охороні й підтримці здоров'я населення на певній території.

Перехід від локальної функціональної спеціалізації органів управління галуззю до інтегрованого, системного управління охороною здоров'я формується за рахунок інтеграції змісту цілей і методів управління з використанням системного й корпоративного підходів і передбачає низку послідовних етапів свого здійснення, а саме:

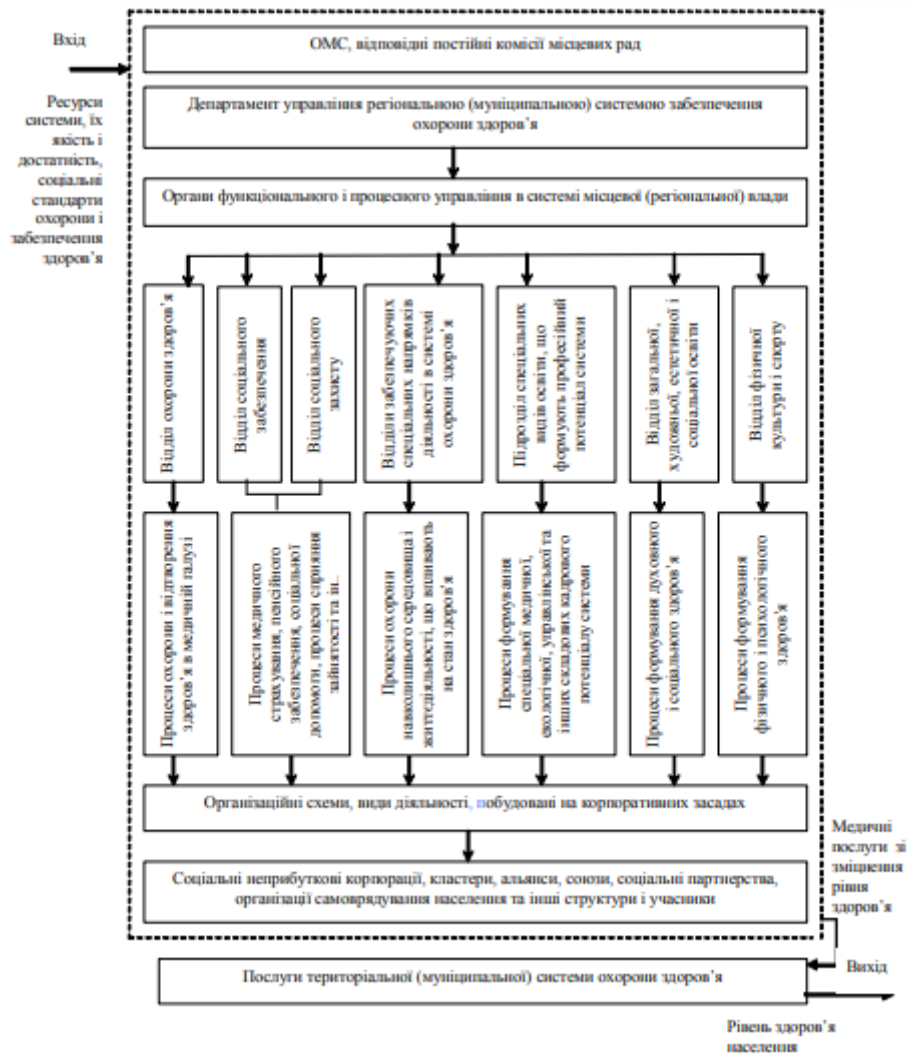


Рисунок 1.4 – Схема організації системи охорони здоров'я на муніципальному рівні й управління нею

- децентралізація низки функцій управління з передачею певних повноважень і частки бюджету на рівень муніципальних утворень (збутових, маркетингових, операційних, поточної координації і регулювання тощо);
- зменшення вертикальних ієрархічних рівнів підпорядкування і перехід до горизонтальної мережної співпраці всіх ланок і підсистем охорони здоров'я, використання гнучких, широко спеціалізованих форм організації праці;
- трансформація складових елементів організаційних структур органів упраціння з пірамідальних у площинні, сітьові з мінімальною кількістю рівнів управління між керівництвом і безпосередніми виконавцями;

- спрямування організації системної діяльності на підвищення рівня інноваційності всіх її процесів, що створюють інтегрований, безперервний, багатокомпонентний і цілісний процес управління забезпеченням стану здоров'я населення;

- виокремлення і конкретизація корпоративних зв'язків між різногалузевими організаціями, що створюються для реалізації спільних інтересів і спільних цілей щодо забезпечення індивідуального й суспільного соціального здоров'я.

Підходи щодо формування територіальної (регіональної) системи забезпечення здоров'я з використанням нових форм і методів доцільно зосередити на таких аспектах:

- визначення й відокремлення складових здоров'я за його елементами та чинниками прямого й непрямого впливу;

- уточнення складових елементів системи охорони здоров'я на певній території та їх основних процесів, які впливають на стан здоров'я;

- ставлення до людини як до безпосереднього й активного елемента системи охорони здоров'я і додаткового ресурсу її розвитку;

- вироблення способів поєднання інтересів людини як носія індивідуального здоров'я і складової суспільного здоров'я із системою охорони й підтримки здоров'я;

- формування механізму комунікативної взаємодії і спільного розвитку елементів територіальної системи охорони здоров'я;

- побудова корпоративних мереж співпраці учасників у регіональній (місцевій) системі забезпечення здоров'я населення;

- вибудовування схем систематичного всебічного аналізу й оцінювання стану здоров'я і чинників прямої і непрямой дії на базі структурування показників такого складного поняття, як «здоров'я», з подальшим запровадження їх у систему статистичної і поточної звітності. Крім того, їх можна застосовувати і як інформаційно-аналітичну базу для побудови регіонального медико-соціального моніторингу здоров'я. Своєчасне отримання інформації про рівень забезпечення й

стан здоров'я слугуватиме для генерування стратегічних альтернатив та вибору й обґрунтування на цій основі інноваційних шляхів розвитку системи;

– створення інституційних, нормативно-законодавчих і методичних засад запровадження корпоративних відносин і корпоративного управління в модернізаційні процеси управління системою охорони здоров'я.

Серед напрямів трансформаційних змін, обумовлених побудовою нової структури організації й управління територіальною системою охорони здоров'я, окремо мають бути виділені і заходи щодо забезпечення трудовими, матеріальними, фінансовими і техніко-технологічними ресурсами.

Під час визначення їх обсягів слід дотримуватись оптимального співвідношення масштабів організаційно-управлінських змін із наявним і можливим ресурсним потенціалом галузі.

Цьому сприятиме і корпоративний спосіб облаштування системи охорони здоров'я за рахунок об'єднання учасників корпоративних відносин у внутрішньому середовищі системи охорони здоров'я і спільного цілеспрямованого використання ресурсів.

Суб'єктами корпоративних відносин і корпоративної складової управління муніципальною системою забезпечення охорони здоров'я, крім державних, регіональних і місцевих органів влади та організацій підсистем охорони здоров'я, фізичної і духовної культури, освіти, закладів еколого-санітарної підсистеми та інших організацій із забезпечення й підвищення рівня здоров'я населення, можуть бути громадські організації, органи самоорганізації населення та медичної спільноти, представники мас-медіа, окремі громадські колективи й профспілки, органи контролю тощо, їх діяльність формується та здійснюється на відповідній території в межах реалізації національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я, стратегії муніципального корпоративного розвитку організації й управління муніципальною системою охорони здоров'я.

При цьому мають бути дотримані державні стратегії розвитку й проведення системної та водночас диференційованої політики розвитку системи здоров'я в секторальних підсистемах.

Концептуальні засади модернізації охорони здоров'я на муніципальному рівні реалізуються через місію, цілі, завдання, принципи корпоративної організації та управління системою, корпоративні стратегії розвитку, функції, корпоративні механізми та інші управлінські важелі.

Сьогодні в Україні прийшов час глибокого аналізу та розуміння значення медичного і соціального здоров'я не тільки на рівні його сприйняття як проблеми суспільства загалом, а й на індивідуальному рівні. Це спонукає до необхідності здійснення адекватних сучасним трансформаційним змінам якісно нових інноваційних заходів зі створення системи охорони здоров'я на принципово нових для цієї галузі ідеях розвитку.

У складі сучасних моделей менеджменту особливе місце посідає корпоративна модель, яка реалізує соціальні риси корпоратизму і здатна об'єднати зусилля багатьох суб'єктів у досягненні соціальних цілей суспільства.

Визначення змісту й специфіки відносин у системі «місцева влада – галузь охорони здоров'я – підприємства та організації, які формують чинники фізичного, психологічного, духовного і соціального здоров'я – органи самоврядування і громадські організації – члени територіальної громади» як споживачі послуг системи охорони здоров'я і безпосередні носії здоров'я дозволить сформулювати, реалізувати і постійно вдосконалювати усю сукупність процесів забезпечення, відновлення і підтримки здоров'я населення України, починаючи з територіального рівня.

1.4 Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я

Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг має особливу значущість в аспекті вироблення довгострокової національної стратегії соціально-економічної політики України в галузі охорони здоров'я. Система

охорони здоров'я є стратегічним видом діяльності національного господарства, забезпечуючи відтворення населення, соціальні гарантії, здоров'я громадян.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки (далі – Стратегія) є складовою Національного плану дій з реформування, проголошеного Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 2Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради).

Стратегія формує підґрунтя для розроблення політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, враховуючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, враховуючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII) [32].

У сучасних економічних умовах одними з найважливіших стають послуги, орієнтовані на розвиток людського капіталу. До таких послуг, крім освіти (що формує більшу частку виробничого капіталу людини), належать і медичні послуги, що забезпечують високий рівень фізичного й морального здоров'я населення, який, своєю чергою, істотно впливає на процеси економічного зростання не тільки на індивідуальному, а й на макроекономічному рівні.

Отже, важливим каталізатором сучасного зростання ефективності та стабільності суспільного виробництва стають медичні послуги, що надає система охорони здоров'я [33, с. 12].

З'ясування сутності та визначення поняття «медична послуга» стосуються праці багатьох дослідників та законодавців. Про важливість визначення поняття «медична послуга» зазначено і в рішенні Конституційного Суду України № 10-рп/2002 від 29 травня 2002 р. у справі про безоплатну медичну допомогу (справа № 1-13/2002) [34].

Але до сьогодні поняття «медична послуга» не має офіційних тлумачень, невизначеним залишається і його співвідношення з поняттям «медична допомога». Ці дефініції дослідники трактують і як синоніми, і як антоніми, і як частину одна одної.

Медична послуга полягає у конкретній діяльності медичного персоналу щодо здійснення конкретних заходів профілактики, діагностики, лікування, адміністративно-господарських, управлінських та інших дій, спрямованих на збереження, зміцнення, поліпшення, відтворення індивідуального та громадського здоров'я [33, с. 14].

Ринок медичних послуг є складною системою, в яку входять державна, муніципальна і приватна системи, і потребує державного регулювання, яке підвищувало б доступність і якість надання медичних послуг.

Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національній безпеці країни. Платність медичної послуги визначається ступенем її соціальної значущості та доступності споживачеві, з урахуванням ранжування доходів населення [33, с. 14].

На нашу думку, розвиток ринкових відносин у сфері охорони здоров'я робить питання про якість наданих медичних послуг все актуальнішим. До того ж медична послуга відрізняється від будь-якої послуги в іншій сфері індивідуальністю та неповторністю, тому постає проблема оцінювання якості медичних послуг, а першим кроком до визначення показників якості є виділення основних її критеріїв.

До основних, на наш погляд, критеріїв якості медичних послуг належать такі:

– доступність медичної послуги – це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів;

– адекватність медичної послуги – показник відповідності технології медичного обслуговування потребам і очікуванням населення у межах прийнятної

для пацієнта якості життя. На думку деяких авторів, адекватність охоплює характеристики доступності та своєчасності медичної допомоги, яку розуміють як можливість споживача отримати необхідну йому допомогу в потрібний час, у зручному для нього місці, в достатньому обсязі та з прийнятними витратами;

– наступність і безперервність медичної послуги – це координація діяльності в процесі надання пацієнтові медичної послуги в різний час, різними фахівцями і лікувальними установами. Наступність під час надання медичної послуги великою мірою забезпечується стандартними вимогами до медичної документації, технічним оснащенням процесу та персоналом. Така координація діяльності медпрацівників гарантує стабільність процесу лікування і його результат.

– ефективність і дієвість – відповідність фактично наданої медичної допомоги оптимальному для конкретних умов результату. Ефективна охорона здоров'я повинна забезпечувати оптимальну (за наявних ресурсів), а не максимальну медичну допомогу, тобто відповідати стандартам якості та нормам етики. Згідно з визначенням ВООЗ, оптимальна медична допомога – це належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, які є безпечними і прийнятними щодо витрачених коштів, прийнятих у цій системі охорони здоров'я.

– орієнтованість на пацієнта, його задоволеність означає участь пацієнта в ухваленні рішень щодо надання медичної послуги та задоволеність її результатами. Цей критерій відображає права пацієнтів не тільки на якісну медичну допомогу, але і на уважне і чуйне ставлення медперсоналу і передбачає необхідність інформованої згоди на медичне втручання та дотримання інших прав пацієнтів;

– безпека процесу лікування – критерій гарантії безпеки для життя і здоров'я пацієнта і відсутності шкідливих впливів на хворого і лікаря у конкретному медичному закладі з урахуванням санітарно-епідеміологічної безпеки. Безпека та ефективність лікування конкретного пацієнта значною мірою залежать від повноти інформації, яку має лікуючий лікар. Тому безпека процесу

лікування, як і інші критерії, залежить від стандартизації процесу лікування і підготовки лікаря;

– своєчасність медичної послуги: надання медичної допомоги в міру необхідності, тобто за медичними показаннями, швидко і за відсутності черговості. Своєчасність надання послуги конкретизує і доповнює критерій її доступності та великою мірою забезпечується високоефективними діагностичними процедурами, що дають змогу своєчасно почати лікування, високим рівнем підготовки лікарів, стандартизацією процесу надання допомоги і встановленням вимог до медичної документації;

– відсутність (мінімізація) лікарських помилок, що ускладнюють одужання або збільшують ризик прогресування наявного у пацієнта захворювання, а також підвищують ризик виникнення нового. Ця складова якісної медичної послуги прямо залежить від рівня підготовки лікаря, використання сучасних діагностичних і лікувальних технологій, а також встановлення критеріїв кваліфікації на конкретному робочому місці у формі інструкцій, ліцензій, акредитацій та забезпечення санітарно-гігієнічних і метрологічних вимог;

– науково-технічний рівень. Найважливішим компонентом якості медичної послуги є науково-технічний рівень застосовуваних методів лікування, діагностики і профілактики, що дає змогу оцінити ступінь повноти надання послуги з урахуванням сучасних досягнень у сфері медичних знань і технологій. Ця характеристика якості медичної послуги іноді входить у критерій адекватності.

Незважаючи на закріплене в конституціях багатьох країн право на доступну і якісну медичну допомогу, механізми реалізації цього права у різних державах, відрізняються, що багато в чому залежить від типу системи охорони здоров'я у країні.

У більшості країн основними механізмами, що забезпечують доступність та належну якість медичної допомоги, є нормативно-правова база галузі, що регламентує надання, управління і контроль медичної допомоги; стандартизація галузі, здійснювана за допомогою нормативно-технічних документів, і система експертизи.

З метою вдосконалення національної системи управління якістю медичної допомоги, а також визначення пріоритетності втілення сучасних підходів до контролю якості медичної допомоги, протягом 2013–2015 р. проведено велику роботу щодо поліпшення чинної нормативно-правової бази в зазначеній сфері.

Так, 8 листопада 2013 року в МОЗ України відбувся круглий стіл на тему «Нормативно-правове забезпечення контролю якості медичних послуг». Його основною метою стало обговорення нормативно-правових актів, які щойно набрали чинності, з контролю якості медичних послуг.

Ідеться про накази МОЗ України: «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28 вересня 2012 року № 752 (далі – Порядок № 752), зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 листопада 2012 року за № 1996/22308 [4]; “Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги” від 6 серпня 2013 року № 693 (далі – Наказ 693), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 7 жовтня 2013 року № 1717/24249 [5] та “Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги” від 11 вересня 2013 року № 795 (далі – Порядок 795), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року № 1669/24201 [37]. Дія зазначених нормативно-правових актів поширюється на органи структури управління охорони здоров’я та заклади охорони здоров’я незалежно від форми власності та підпорядкування [38, с. 163].

Згідно з Порядком № 752, спрямованим на забезпечення одержання пацієнтами медичної допомоги належної якості, якість медичної допомоги визначено як надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров’я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров’я [39]. Отже, ним закріплене одне з ключових визначень сфери охорони здоров’я, а саме поняття якості медичної допомоги.

Розклавши терміносполучення «якість медичної допомоги» на складові, отримаємо суму: «якість» та «медична допомога».

Варто зазначити, що чинне законодавство про охорону здоров’я містить __ дефініції обох цих складових. Згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю

медичної допомоги” від 20 липня 2011 року № 427 [8], якість – це сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. Зміст поняття «медична допомога» розкрито у статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [40].

Відповідно до статті 1 Закону України «Про захист прав споживачів» від 12 травня 1991 року № 1024-XII [10] належна якість роботи або послуги – це властивість продукції, яка відповідає вимогам, встановленим для цієї категорії продукції у нормативно-правових актах і документах та умовами договору зі споживачем.

Під послугою розуміють діяльність виконавця з надання (передавання) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб [38, с. 164].

Медичну послугу також пропонується визначати як діяльність послюгодавця, що спрямована на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні та (або) підтриманні її здоров'я, безпосередньо в процесі реалізації доцільної діяльності послюгодавця, який не має упредметненого вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантований послюгодавцем [42].

Отже, спробуємо виділити декілька специфічних особливостей медичної послуги:

– медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. До кваліфікації виконавця, що пропонує таку послугу, закон ставить підвищені вимоги. Саме це є основою для видавання ліцензії на здійснення діяльності суб'єкта господарювання. Отже, «медична послуга – професійна діяльність чи сукупність професійних дій» [42];

– діяльність повинна здійснюватися для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму (третьої особи). Медична

діяльність ґрунтується на «об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування»;

– за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. Водночас вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента. Але, як зазначалось, останній не являє собою самостійну матеріальну цінність, а входить як складова до способу лікування;

– як правило, результат послуги виконавець не може гарантувати. Це пояснюється двома чинниками: по-перше, медична послуга становить не односторонні дії виконавця, але й також зустрічні дії з боку пацієнта; а по-друге, необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного людського організму. Проте специфіка правового регулювання медичних послуг зумовлена тим, що досягнення реального результату має певне юридичне значення. Вказівка на об'єктивну можливість досягнення результату повинна входити в поняття медичної послуги, що має практичне значення під час вирішення питання про те, належно чи неналежно виконав виконавець свої обов'язки;

– медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати. В оплату входять витрати виконавця на її надання та його винагорода [44, с. 214].

Важливою умовою розвитку ринку медичних послуг в Україні є зміцнення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я. Під ним розумітимемо сукупність науково-технічних, технологічних, інфраструктурних, фінансових, правових, соціокультурних та інших можливостей, які забезпечують сприйняття й реалізацію нововведень.

Отже, поняття інноваційного потенціалу є концептуальним відображенням розвитку інноваційних процесів, без яких не мислиться будь-який національний ринок медичних послуг [33, с. 16].

Згідно з ресурсним підходом інноваційний потенціал охорони здоров'я розглядають як упорядковану сукупність ресурсів, що забезпечують здійснення інноваційної діяльності суб'єктом ринку. Це дуже важливе посилення, оскільки в практиці охорони здоров'я України гостро відчувається нестача таких основних

ресурсів, як фінансові, матеріально-технічні, трудові, інформаційні, адміністративні.

Оснoву фінансування медичних організацій становлять бюджетні кошти, що надходять з програми державних гарантій безкоштовної медичної допомоги за виконані обсяги медичних послуг, наданих медичною організацією населенню, через це збільшення бюджетного фінансування має принципове значення для стійкої роботи медичної організації.

Проте необхідно активно шукати додаткові джерела фінансування у вигляді коштів добровільного медичного страхування; розвивати договірні відносини з різними структурами територіальної господарської системи; створювати благодійні фонди, забезпечувати медичними послугами пільгові категорії громадян; розширювати палітру платних медичних послуг і реалізувати інші інноваційні проекти медичного та іншого характеру [33, с. 16].

Сьогодні складною є ситуація з матеріально-технічними ресурсами охорони здоров'я України: застаріла медична техніка, що випускає вітчизняна промисловість, не дає змоги здійснити сучасні медичні дослідження. Доводиться констатувати, що вітчизняна промисловість не випускає медичну техніку, яка відповідала б світовому рівню за багатьма, особливо високотехнологічними напрямками. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми, з огляду на зарубіжний досвід, міг би стати розвиток виробництва медичної техніки на підприємствах оборонно-промислового комплексу України, а також використання нових організаційних форм та інноваційних технологій [33, с. 16].

Інформаційні ресурси медичної галузі дають можливість контролювати використання коштів, ефективніше витратити фінансові ресурси, підвищувати рентабельність роботи медичних установ.

Зокрема, завдяки інформаційному ресурсу реєстратура в поліклініках перестає бути вузьким місцем, що лише спрямовує потік пацієнтів, а й допомагає зменшити витрати робочого часу лікарів на оформлення документації. Інформатизація медичної установи – це обов'язкова умова інноваційного розвитку, що передбачає автоматизацію робочих місць персоналу медичної

організації, підвищення рівня інформаційного забезпечення лікаря, параклінічних структур і середніх медичних працівників. Це запорука підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу і якості наданої медичної допомоги [33, с. 16].

Високу результативність і ефективність охорони здоров'я забезпечує трудовий ресурс.

Невідповідність підготовки фахівців до потреб практичної охорони здоров'я та завдань структурної перебудови цього виду економічної діяльності, недостатня соціальна захищеність медичних працівників призводять до погіршення якості медичної допомоги з усіма наслідками, що випливають звідси. Практика останнього десятиліття з усією очевидністю показала, що необхідно повернутися до розподілу випускників медичних навчальних закладів, безперервного підвищення кваліфікації працівників і впровадження нових методів оплати праці.

В інтересах вітчизняної охорони здоров'я слабо використовують адміністративний ресурс.

Причиною цього є такі негативні тенденції: в Україні не розвинена система саморегулювання професійної діяльності; відсутня солідарна відповідальність медичних працівників перед медичною спільнотою та медичного співтовариства перед медичними працівниками; не створені територіальні професійні медичні об'єднання; професійні медичні асоціації та товариства не наділені відповідними повноваженнями й реально не впливають на якість надання медичної допомоги [33, с. 17].

Аналіз зарубіжного досвіду виявив, що на озброєнні систем охорони здоров'я є доволі ефективні механізми, використання яких здатне мінімізувати витрати на технічне переозброєння.

Ідеться, зокрема, про лізинг та аутсорсинг, можливості яких поки ще недостатньо застосовують на практиці українські медичні установи. Більшість малих і середніх медичних підприємств звертається до лізингових компаній тому, що в них немає можливості отримати банківський кредит.

Лізинг дозволяє почати роботу підприємцю з мінімальним стартовим капіталом і відразу працювати на повну силу. Для підприємств малого і

середнього бізнесу лізинг є привабливішим за інші форми запозичення, оскільки частину ризиків бере на себе лізингова компанія [33, с. 17].

В умовах жорсткої конкуренції досягають успіху ті медичні установи, які передають непрофільні активи і процеси управління зовнішнім підрядникам, або аутсорсинговим компаніям.

Аутсорсинг є доволі перспективним напрямом для охорони здоров'я, оскільки в кожному медичному закладі значна частина робочого часу витрачається на функції, не пов'язані безпосередньо з наданням медичної допомоги. Важливим є зменшення витрат на забезпечення.

Виділяють у зовнішнє економічне середовище бізнес-процеси з відповідним нерухомим та рухомим майном. Це пов'язано як зі зменшенням витрат на персонал, вивільнений під час виділення активів, так і з інфраструктурними та забезпечувальними факторами.

Хочемо також наголосити, що відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я вказано на основні подальші кроки реформування української системи охорони здоров'я, які охарактеризовано нижче.

По-перше, це зміцнення первинної медичної допомоги.

Враховуючи поточну ситуацію та пострадянську традицію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів та педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу.

Однак чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості.

Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) супроводжуватимуться перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики. Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів

ПМД, а їх послуги будуть покриватися з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги на рівні області.

Надалі лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися у команди або «кооперативи» для здійснення спільної роботи та отримання додаткової спеціалізації.

Принцип свободи вибору громадянин може використати (реєстрація одного «вибраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД – знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує.

Лікарям первинної ланки буде надано ексклюзивне право скеровувати пацієнтів до спеціалістів, укладаючи договори із відповідними закладами [32].

По-друге, це реформа мережі лікарень.

Немає жодних сумнівів, що кількість і структуру лікарень в Україні потрібно терміново оптимізувати. З цією метою передбачається створення лікарняної мережі кожної області з можливістю віртуального об'єднання цих мереж у єдиний лікарняний простір для усієї країни.

Паралельні (відомчі) системи охорони здоров'я у будь-якому випадку будуть скасовані протягом розумного періоду, а лікарні, підпорядковані різним міністерствам та відомствам, отримають такий самий статус, як інші. Передбачається поступове та поетапне передавання відомчих закладів охорони здоров'я до складу обласних мереж. Враховуючи нинішню ситуацію, статус військових медичних закладів може залишитися незмінним [32].

По-третє, це громадське здоров'я.

Повноваження та функції держави у сфері громадського здоров'я будуть переглянуті разом із відповідним законодавством. Планується переорієнтувати систему від тотального контролю (ліквідація СЕС) на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та промоцію здорового способу життя, зміцнення соціальної свідомості та формування готовності протистояти

надзвичайним подіям у сфері громадського здоров'я, наприклад, епідеміям. Основною функцією держави у сфері громадського здоров'я повинне бути розроблення політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я.

Вносячи зміни до законодавства, держава стане ініціатором та сприятиме громадським ініціативам, що спрямовані на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я (наприклад, посилюючи законодавство щодо заборони паління у громадських місцях; проводячи роз'яснювальну роботу про необхідність зменшення споживання трансжирів; вводячи обов'язкову вимогу щодо використання шоломів під час керування мотоциклами, велосипедами та скутерами; заохочуючи до здорового способу життя та правильного харчування; підтримуючи розвиток фізкультури і спорту).

Буде сформульовано такі пріоритети громадського здоров'я, як нагляд та моніторинг захворюваності, реагування на спалахи хвороб, вакцинація, лабораторна діагностика загроз для здоров'я, безпечність води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (враховуючи вплив чинників навколишнього середовища та виробництва) [32].

По-четверте, це служба екстреної допомоги.

Лише після формування нової мережі системи охорони здоров'я (передусім оптимізації лікарень (див. відповідний розділ «Реформа мережі лікарень») можна буде прийняти рішення щодо раціонального реструктурування служби екстреної допомоги (на підставі визначених маршрутів пацієнтів).

Пропозиції щодо розвитку Національного центру (інституту) екстреної допомоги, враховуючи обласні центри екстреної медичної допомоги, обласні інформаційно-довідкові служби та телемедицину, повинні розглядатися у середньостроковій перспективі.

Водночас необхідно зосередитися на формуванні засад розвитку професійної та непрофесійної екстреної допомоги, прищепленні й розвитку навичок персоналу і пересічних громадян щодо її надання, формування навичок

парамедиків у інших службах екстреного реагування (співпраця з поліцією, пожежною охороною, службою надзвичайних ситуацій).

Таким чином, у більшості розвинених країн фінансування і доходи постачальників послуг залежать від обсягу та якості послуг, переважно на основі вільного вибору споживача, а не на підставі бюрократичних уподобань. Лікарні та медичні працівники матимуть управлінські й фіскальні повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому за ними повинна залишитися відповідальність за витрати державних грошей. Важливо також, що вони зможуть диверсифікувати свої джерела доходів на додаток до державних виплат (наприклад, завдяки новим медичним послугам, таким як пластична хірургія, або ширшому залученню послуг приватних страхових компаній у майбутньому).

Автономію закладів охорони здоров'я потрібно збільшити у трьох основних сферах: фінансове управління, делегування управлінських повноважень і планування розвитку послуг.

Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямі, зокрема визначити ступінь делегованих повноважень, розробити законодавство, переглянути систему фінансового управління, створити систему контрагування та оцінювання результатів, визначити кадрову політику і перехідні умови, здійснити відбір і підготовку управлінців. Успіх тут потребує командного підходу, що передбачає участь усіх можливих партнерів та бенефіціарів.

Для пошуку альтернативних джерел доходу, шляхів зниження витрат зі збереженням високої якості послуг необхідно постійно створювати умови для розвитку платних медичних послуг. Ці послуги дадуть можливість бюджетній медичній установі легально отримувати дохід від медичної діяльності. Через платні послуги пацієнти отримують у комфортніших умовах якіснішу медичну допомогу, причому за нижчими цінами, ніж у комерційних клініках.

Висновки до розділу 1

За результатами огляду теоретико-методичних основ управління розвитком діяльності медичного закладу ми дійшли таких висновків.

У сучасних умовах господарювання проблеми, пов'язані з управлінням розвитком підприємства, набули особливої актуальності. Зовнішніми спонукальними мотивами стали загальносвітові процеси, зокрема тенденції до глобалізації та корпоратизації світової економіки. Внутрішні мотиви об'єктивно виникли в результаті змін умов функціонування підприємств, що призвело до необхідності розробки нових сучасних стратегії розвитку підприємств, які є базисом для успішної діяльності підприємств.

Завдяки дослідженню існуючих методологічних підходів до управління розвитком підприємства визначено, що найбільш ефективним для вирішення проблем управління розвитком підприємства є використання сучасних концепцій менеджменту, які застосовують взаємодію процесного, системного, ситуаційного, цільового, синергетичного та кумулятивного підходів. У контексті управління розвитком підприємства особливого значення набуває вивчення практичних аспектів запровадження означено механізму на вітчизняних підприємствах сфери охорони здоров'я.

Всупереч новим виклики і реформаційним змінам трансформація медичної системи уповільнюється, оскільки медичні заклади є досить консервативним елементом системи охорони здоров'я. Функціонуючи на ринку медичних послуг, заклади охорони здоров'я для підтримки конкурентоспроможності мають враховувати фактори впливу ендогенного та екзогенного характеру пов'язані з реформуванням галузі та процесами децентралізації, до яких слід віднести: змінити методи планування та організації діяльності медичних закладів; впровадження нових моделей управління; застосування сучасних форм оплати медичних послуг; новаторство в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); інноватизація інформаційно-аналітичного

забезпечення; підвищити професійний рівень кадрового потенціалу; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

Сьогодні в Україні прийшов час глибокого аналізу та розуміння значення медичного і соціального здоров'я не тільки на рівні його сприйняття як проблеми суспільства загалом, а й на індивідуальному рівні. Це спонукає до необхідності здійснення адекватних сучасним трансформаційним змінам якісно нових інноваційних заходів зі створення системи охорони здоров'я на принципово нових для цієї галузі ідеях розвитку.

У складі сучасних моделей менеджменту особливе місце посідає корпоративна модель, яка реалізує соціальні риси корпоратизму і здатна об'єднати зусилля багатьох суб'єктів у досягненні соціальних цілей суспільства.

Визначення змісту й специфіки відносин у системі «місцева влада – галузь охорони здоров'я – підприємства та організації, які формують чинники фізичного, психологічного, духовного і соціального здоров'я – органи самоврядування і громадські організації – члени територіальної громади» як споживачі послуг системи охорони здоров'я і безпосередні носії здоров'я дозволить сформувати, реалізувати і постійно вдосконалювати усю сукупність процесів забезпечення, відновлення і підтримки здоров'я населення України, починаючи з територіального рівня.

У більшості розвинених країн фінансування і доходи постачальників послуг залежать від обсягу та якості послуг, переважно на основі вільного вибору споживача, а не на підставі бюрократичних уподобань. Лікарні та медичні працівники матимуть управлінські й фіскальні повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому за ними повинна залишитися відповідальність за витрати державних грошей. Важливо також, що вони зможуть диверсифікувати свої джерела доходів на додаток до державних виплат (наприклад, завдяки новим медичним послугам, таким як пластична хірургія, або ширшому залученню послуг приватних страхових компаній у майбутньому).

Автономію закладів охорони здоров'я потрібно збільшити у трьох основних сферах: фінансове управління, делегування управлінських повноважень і планування розвитку послуг.

Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямі, зокрема визначити ступінь делегованих повноважень, розробити законодавство, переглянути систему фінансового управління, створити систему контрагування та оцінювання результатів, визначити кадрову політику і перехідні умови, здійснити відбір і підготовку управлінців. Успіх тут потребує командного підходу, що передбачає участь усіх можливих партнерів та бенефіціарів.

Для пошуку альтернативних джерел доходу, шляхів зниження витрат зі збереженням високої якості послуг необхідно постійно створювати умови для розвитку платних медичних послуг. Ці послуги дадуть можливість бюджетній медичній установі легально отримувати дохід від медичної діяльності. Через платні послуги пацієнти отримують у комфортніших умовах якіснішу медичну допомогу, причому за нижчими цінами, ніж у комерційних клініках.

2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»

2.1 Результативність система спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню України

Надзвичайно велика увага приділяється реформуванню системи спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Далі представляємо дані про лікарняні заклади систем охорони здоров'я України та їх ліжковий фонд (табл.2.1).

Аналіз наведених в табл.2.1 даних вказує на те, що найбільшу частку в структурі лікарень займають центральні районні лікарні (448,0 – 30,4%), міські лікарні (303- 20,5%), всі спеціалізовані лікарні (106-7,2%), а найменшу частку складають дільничні лікарні (30-2,0%) та дитячі міські лікарні (57-3,9%). За термін аналізу відбулося скорочення всіх типів лікарень крім обласних лікарень, ЦРЛ та пологових будинків. Найбільша кількість скорочена дільничних лікарень (23), міських лікарень (24) та диспансерів (10).

Таблиця 2.1 – Лікарняні заклади та їх ліжковий фонд системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі регіонів, 201–52017 рр

Найменування	Число закладів			Число ліжок			% до загальної кількості ліжок		
	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
В СЬОГО	1 539,0	1 506,0	1 475,0	308 143,0	291 108,0	285 008,0	100,0	100,0	100,0
Обласні лікарні	24,0	25,0	25,0	18 476,0	18 147,0	18 056,0	6,0	6,2	6,3
Міські лікарні	327,0	308,0	303,0	71 570,0	67 288,0	66 141,0	23,2	23,1	23,2
Всі спеціалізовані лікарні	111,0	109,0	106,0	13 966,0	13 872,0	13 712,0	4,5	4,8	4,8
Дитячі міські лікарні	60,0	60,0	57,0	9 190,0	9 015,0	8 687,0	3,0	3,1	3,0
Ц Р Л	446,0	448,0	448,0	86 596,0	79 060,0	77 223,0	28,1	27,2	27,1
Дільничні лікарні	53,0	41,0	30,0	810,0	572,0	468,0	0,3	0,2	0,2
Психіатричні, наркологічні	65,0	64,0	64,0	31 289,0	29 591,0	28 823,0	10,2	10,2	10,1
Пологові будинки	74,0	76,0	75,0	10 827,0	10 925,0	10 771,0	3,5	3,8	3,8
Диспансери	193,0	187,0	183,0	29 390,0	27 435,0	26 613,0	9,5	9,4	9,3

Джерело: [43]

Що стосується ліжкового фонду, то найбільша кількість ліжок скорочена в ЦРЛ (9 373 – 10,8 %), диспансерах (2 777 – 9,4 %) та лікарнях психіатричного і наркологічного профілю (2466 – 7,9 %).

В структурі ліжкового фонду за типами лікарень їх найбільша частка розміщена в ЦРЛ (27,1 %), міських лікарнях (23,2 %) та лікарнях психіатричного і наркологічного профілю (10,1 %), а найменша частка розміщена в дільничних лікарнях (0,2 %), дитячих міських лікарнях (3,0 %) та пологових будинках (3,8 %). Ліжковий фонд обласних лікарень складає 6,3% в загальній кількості госпітальних ліжок.

Дані про ліжковий фонд системи охорони здоров'я України в розрізі окремих спеціальностей наведено в табл. 2.2.

При загальному скороченні кількості ліжкового фонду та рівня забезпеченості населення госпітальними ліжками на 23 135 ліжок та 4,84 на 10 тис. населення відповідно було проведено його скорочення практично за всіма спеціальностями крім кардіохірургічних ліжок, ліжок відновного лікування та психосоматичних ліжок де відбулося їх збільшення.

Далі аналізувалося питання щодо ліжкового фонду системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі адміністративних територій. Дані наведено в табл. 2.3.

Таблиця 2.2 – Ліжковий фонд системи охорони здоров'я України в розрізі окремих спеціальностей

Найменування	2017 р.		2016 р.		2015 р.	
	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення
ВСЬОГО	285 008,00	67,51	291 108,00	68,63	308 143,00	72,35
Терапевтичні (вся гр)	62 675,00	14,85	64 168,00	15,13	68 404,00	16,06
Загальнотерапевтичні	34 992,00	8,29	36 277,00	8,55	39 458,00	9,26
Гастр. д/дорослих	3087,00	0,73	3143,00	0,74	3322,00	0,78
Кардіологічні	13 755,00	3,26	13 863,00	3,27	14 358,00	3,37
Ревм. д/дорослих	1786,00	0,42	1809,00	0,43	1888,00	0,44
Алерг. д/дорослих	916,00	0,22	940,00	0,22	961,00	0,23
Ендокр. д/доросл.	2821,00	0,67	2800,00	0,66	2911,00	0,68
Гемат. д/дорослих	1244,00	0,29	1244,00	0,29	1246,00	0,29
Нефрол. д/доросл.	1259,00	0,30	1280,00	0,3	1331,00	0,31
Імунолог. для дор.	79,00	0,02	93,00	0,02	114,00	0,03
Пульмон. д/доросл.	2736,00	0,65	2719,00	0,64	2815,00	0,66
Хірургіч /вся група/	49 844,00	11,81	50 728,00	11,96	53 501,00	12,56
Хірург. д/доросл.	21 464,00	5,08	21 900,00	5,16	23 422,00	5,50
Травм. і ортопед.	13 029,00	3,09	13 291,00	3,13	14 126,00	3,32
Судинної хірургії	1111,00	0,26	1153,00	0,27	1177,00	0,28
Опкові для дор.	862,00	0,20	875,00	0,21	905,00	0,21
Нейрох. д/доросл.	2276,00	0,54	2274,00	0,54	2287,00	0,54
Торак. хір. д/дор.	891,00	0,21	916,00	0,22	930,00	0,22
Кардіох. для дор.	639,00	0,15	581,00	0,14	532,00	0,12
Уролог. д/доросл.	4610,00	1,09	4685,00	1,1	4912,00	1,15
Стомат. д/доросл.	1199,00	0,28	1213,00	0,29	1233,00	0,29
Проктологічні	923,00	0,22	940,00	0,22	947,00	0,22
Гнійн. хір. д/дор.	2840,00	0,67	2900,00	0,68	3030,00	0,71
Родильні, включаючи патологічні	17 006,00	4,03	17 393,00	4,1	18 306,00	4,30
Гінекологічні, включаючи абортні	13 373,00	3,17	13 886,00	3,27	15 177,00	3,56
Дитячі /неінфекц./	31 329,00	7,42	31 955,00	7,53	32 980,00	7,74
Інфекційні (дор. і діти)	16 139,00	3,82	16 473,00	3,88	17 607,00	4,13
Туберкульозні (дор. і діти)	13 848,00	3,28	14 548,00	3,43	15 999,00	3,76
Онколог. д/доросл.	7940,00	1,88	7909,00	1,86	8210,00	1,93
Психіатричні (дор. і діти)	29 253,00	6,93	29 913,00	7,05	31 652,00	7,43
Неврол. д/доросл.	22 349,00	5,29	22 487,00	5,3	23 724,00	5,57
Отолар. д/доросл.	4281,00	1,01	4447,00	1,05	4945,00	1,16
Шк-венер. д/дор.	2107,00	0,50	2319,00	0,55	2733,00	0,64
Психосоматичні	264,00	0,06	230,00	0,05	220,00	0,05
Наркологічних	3 436,00	0,81	3688,00	0,87	3968,00	0,93

Джерело: [43]

Таблиця 2.3 – Ліжковий фонд системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі регіонів, 2015–2017 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2015 р.		2016 р.		2017 р.	
	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення
Україна	308 143,00	72,35	291 108,00	68,63	285 008,00	67,51
<i>Область</i>						
Вінницька	11 384,00	71,37	10 818,00	68,33	10 713,00	68,29
Волинська	8 189,00	78,75	7 396,00	71,24	7 081,00	68,37
Дніпропетровська	26 869,00	82,63	26 204,00	81,2	25 927,00	80,32
Донецька	12 854,00	65,40	12 820,00	65,88	12 575,00	65,66
Житомирська	9 207,00	73,76	8 268,00	66,61	8 117,00	65,88
Закарпатська	8 722,00	69,43	8 608,00	68,54	8 449,00	67,31
Запорізька	14 933,00	85,19	14 125,00	81,24	13 715,00	79,63
Івано-Франківська	11 073,00	80,26	10 622,00	77,13	10 403,00	75,67
Київська	13 053,00	75,60	12 181,00	70,46	11 999,00	68,62
Кіровоградська	8 547,00	88,41	8 007,00	83,47	7 942,00	83,61
Луганська	7 155,00	99,46	6 375,00	89,52	6 415,00	91,08
Львівська	21 461,00	85,30	20 473,00	81,38	19 644,00	78,22
Миколаївська	9 110,00	78,70	7 898,00	68,71	7 753,00	67,97
Одеська	17 639,00	74,14	16 578,00	69,79	16 345,00	68,91
Полтавська	11 818,00	82,58	11 077,00	78,06	10 930,00	77,74
Рівненська	9 243,00	79,63	8 412,00	72,41	8 297,00	71,55
Сумська	9 670,00	87,03	9 230,00	83,73	8 825,00	80,81
Тернопільська	9 148,00	86,10	8 707,00	82,46	8 355,00	79,64
Харківська	20 776,00	76,86	19 394,00	72,21	18 736,00	69,95
Херсонська	8 515,00	80,26	8 004,00	75,92	7 919,00	75,74
Хмельницька	10 465,00	81,05	9 615,00	74,99	9 445,00	74,30
Черкаська	10 243,00	82,65	9 732,00	79,28	9 625,00	79,11
Чернівецька	6 877,00	75,84	6 422,00	70,96	6 254,00	69,21
Чернігівська	10 911,00	105,28	9 939,00	96,98	9 346,00	92,39
м. Київ	20 281,00	70,78	20 203,00	70,04	20 198,00	69,81

Джерело: [43]

Кількість госпітальних ліжок та забезпеченість ними населення набули скорочення в усіх регіонах України. При цьому процес скорочення був нерівномірним і забезпеченість населення госпітальними ліжками є нерівномірним. Найвищий рівень забезпеченості населення госпітальними ліжками зареєстрована в наступних регіонах: Чернігівська область –92,39 ліжок на 10 тис населення; Луганська область – 91,08; Кіровоградська область -83,61, а найнижчий рівень забезпеченості зареєстрований в Донецькій – 65,66, Житомирській –65,88 та Закарпатській областях – 67,31. Гранична різниця показника становить 26,73 ліжокна 10 тис населення.

Далі представлено показники щодо госпіталізації населення в розрізі закладів охорони здоров'я за 2015-2017 рр. Дані наведено в табл.2.4.

Таблиця 2.4 – Госпіталізація населення в розрізі закладів охорони здоров'я

Найменування	2015 р.			2016 р.			2017 р.		
	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади
В С Ь О Г О	8 616,8	100,0	34,1	8594,2	100,0	34,0	8 315,8	100,0	34,0
Обласні лікарні	589,4	6,8	40,9	592,7	6,9	41,5	595,1	7,2	41,8
Дитячі обласні лікарні	363,5	4,2	40,3	367,7	4,3	40,1	360,8	4,3	39,9
Міські лікарні	2 314,2	26,9	9,9	2266,4	26,4	10,0	2 203,7	26,5	10,5
Дитячі міські лікарні	312,9	3,6	11,9	332,0	3,9	11,8	310,2	3,7	11,7
Всі спеціалізовані лікарні	308,4	3,6	21,0	344,1	4,0	21,3	338,0	4,1	21,7
Ц Р Л	2 886,6	33,5	55,7	2874,5	33,4	55,4	2 737,3	32,9	55,2
Районні лікарні	273,9	3,2	64,6	270,2	3,1	64,5	241,4	2,9	64,8
Дільничні лікарні	23,4	0,3	92,1	16,4	0,2	89,0	11,9	0,1	86,6
Психіатричні, наркологічні	220,4	2,6	34,8	212,4	2,5	34,6	208,2	2,5	35,1
Пологові будинки	375,1	4,4	19,7	380,0	4,4	19,7	363,8	4,4	20,0
Диспансери	503,9	5,8	35,5	479,2	5,6	35,8	486,8	5,9	36,9

Джерело: [43]

Представлені в табл. 2.4 дані вказують на те, що структура госпіталізацій за типами закладів охорони здоров'я є практично не змінною, але відмічається тенденція до зростання частки госпіталізованих в області лікарні.

Найбільша частка населення госпіталізується в ЦРБ (32,9 %) та міські лікарні (26,5) – лікарні в яких надається спеціалізована медична допомога. В інші ЗОЗ в яких надається спеціалізована медична допомога, госпіталізується 4,1 % пацієнтів. До ЗОЗ в яких надається високоспеціалізована медична допомога в цілому госпіталізується 19,9 % пацієнтів.

Важливим показником, який характеризує доступність спеціалізованої та високоспеціалізованої стаціонарної допомоги сільському населенню є частка сільських жителів госпіталізованих в заклади охорони здоров'я.

Із загального числа госпіталізованих сільські жителі складають 34,0 %. В тому числі в обласні лікарні – 41,8% та обласні дитячі лікарні – 39,9%, що вказує на високий рівень доступності високоспеціалізованої медичної допомоги для сільського населення. Частка сільських жителів госпіталізованих в диспансери становить 36,9%, а в психіатричні та наркологічні лікарні становить 35,1%.

Найбільшу частку сільські жителі складають серед госпіталізованих в дільничні лікарні (86,%), районні лікарні (64,8%) та центральні районні лікарні (55,2%).

В табл. 2.5 наведено дані щодо госпіталізації населення в заклади охорони здоров'я в яких надається спеціалізована та високоспеціалізована стаціонарна медична допомога за 2018 р.в розрізі адміністративних територій.

Таблиця 2.5 – Госпіталізація населення в заклади охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Число осіб, госпіталізованих в лікарняні заклади (в тис.)			Госпіталізовано на 100 жителів
	Всього	в тому числі		
		міських жителів	сільських жителів	
Україна	8 315,80	5 489,01	2 826,79	19,65
<i>Область</i>				
Вінницька	346,03	179,07	166,96	21,96
Волинська	225,29	112,75	112,54	21,73
Дніпропетровська	740,81	618,44	122,37	22,95
Донецька	340,82	294,66	46,16	17,80
Житомирська	282,58	169,76	112,82	22,85
Закарпатська	237,59	98,40	139,19	18,92
Запорізька	360,63	273,09	87,53	20,84
Івано-Франківська	304,60	128,71	175,89	22,14
Київська	365,15	228,95	136,20	21,00
Кіровоградська	237,26	154,56	82,70	24,86
Луганська	134,57	102,26	32,31	19,11
Львівська	568,79	339,67	229,11	22,63
Миколаївська	236,03	161,74	74,29	20,61
Одеська	436,18	292,23	143,95	18,38
Полтавська	309,27	185,20	124,07	21,90
Рівненська	263,40	124,01	139,39	22,69
Сумська	253,28	180,76	72,52	23,08
Тернопільська	241,32	105,54	135,79	22,93
Харківська	560,51	453,04	107,47	20,90
Херсонська	225,02	142,29	82,73	21,43
Хмельницька	295,10	160,54	134,57	23,11
Черкаська	293,82	175,85	117,96	24,04
Чернівецька	203,17	86,72	116,46	22,47
Чернігівська	263,58	171,55	92,03	25,89
м. Київ	591,01	549,21	41,81	20,46

Джерело: [43]

Вказані в табл. 2.5 дані вказують на значні коливання в розрізі адміністративних територій в показниках госпіталізації населення до лікарняних закладів. Так, найвищі рівні госпіталізації зареєстровані в Чернігівській (25,89 на 100 населення), Кіровоградській (24,86) та Черкаській областях (24,04), а найнижчі показники відповідно зареєстровані в Донецькій (17,80), Одеській

(18,38) та Закарпатській (18,92) областях. Гранична різниця показника становить 8,09 госпіталізацій на 100 населення.

Далі, в табл. 2.6 наведені дані про використання ліжкового фонду в розрізі регіонів за період 2015–2017 рр.

Таблиця 2.6 – Показники використання ліжкового фонду в розрізі регіонів, 2015-2017 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2017 р.				2016 р.				2015 р.			
	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка
Україна	320,95	11,04	1,29	29,07	321,21	11,2	1,27	28,67	319,26	11,43	1,24	27,94
<i>Область</i>												
Вінницька	333,52	10,24	1,01	32,57	333,41	10,36	1,00	32,17	335,97	10,75	0,94	31,25
Волинська	345,66	10,85	1,08	31,84	334,22	11,07	1,00	30,2	334,68	11,35	0,98	29,48
Дніпропетровська	327,61	11,49	1,53	28,52	329,96	11,52	1,56	28,64	327,97	11,69	1,49	28,05
Донецька	312,59	11,65	1,74	26,84	312,31	11,71	1,8	26,66	314,86	11,65	1,78	27,03
Житомирська	332,53	9,57	0,91	34,76	327,21	9,84	0,94	33,25	321,79	10,06	0,92	31,98
Закарпатська	310,21	11,06	1,34	28,05	319,24	11,08	1,3	28,8	314,35	11,23	1,32	28,00
Запорізька	311,28	11,94	1,53	26,08	314,00	12,08	1,48	26,00	313,91	12,38	1,40	25,35
Ів.-Франківська	310,06	10,63	0,89	29,17	314,17	10,89	0,89	28,86	309,84	11,13	0,89	27,85
Київська	323,78	10,65	1,40	30,41	328,11	10,84	1,37	30,27	323,35	11,06	1,34	29,24
Кіровоградська	332,20	11,11	1,26	29,90	334,22	11,24	1,24	29,73	332,56	11,32	1,17	29,38
Луганська	277,19	12,93	1,54	21,44	277,92	12,85	1,62	21,63	252,20	12,93	1,68	19,51
Львівська	323,28	11,36	0,95	28,46	327,33	11,57	0,92	28,3	325,04	11,86	0,90	27,41
Миколаївська	332,62	10,96	1,38	30,34	328,68	11,25	1,31	29,21	326,58	11,58	1,26	28,19
Одеська	315,56	11,86	1,52	26,60	317,49	12,24	1,48	25,93	319,65	12,60	1,46	25,36
Полтавська	298,54	10,57	1,49	28,25	296,51	10,75	1,52	27,58	296,69	10,96	1,46	27,07
Рівненська	333,82	10,56	0,80	31,61	330,26	10,74	0,78	30,74	326,11	10,96	0,80	29,75
Сумська	321,81	11,42	1,08	28,17	322,25	11,61	1,09	27,75	318,27	11,83	1,05	26,90
Тернопільська	322,60	11,32	0,79	28,50	326,99	11,54	0,76	28,34	325,79	11,63	0,71	28,02
Харківська	315,51	10,56	1,50	29,88	308,37	10,7	1,44	28,81	307,30	10,86	1,44	28,31
Херсонська	331,24	11,70	1,37	28,32	334,42	11,84	1,33	28,24	340,65	12,41	1,27	27,45
Хмельницька	331,80	10,64	1,32	31,20	330,51	10,78	1,29	30,66	323,62	10,93	1,25	29,61
Черкаська	330,29	10,78	1,23	30,63	333,4	10,82	1,19	30,81	331,34	11,09	1,11	29,88
Чернівецька	343,20	10,60	0,68	32,39	334,8	10,68	0,63	31,36	337,10	10,87	0,62	31,01
Чернігівська	340,01	12,19	1,29	27,90	325,43	12,33	1,26	26,39	325,28	12,73	1,27	25,55
м. Київ	300,89	10,29	1,56	29,25	305,85	10,5	1,54	29,12	301,41	10,65	1,56	28,31

Джерело: [43]

Відмічається тенденція скорочення середнього числа днів зайнятості ліжка в рік з показником в цілому по системі охорони здоров'я країни 319,26 днів на рік.

При цьому коливання даного показника в розрізі регіонів України в 2015 р. становить 88,45 днів: від 252,20 днів на рік в Луганській та 296,69 в Полтавській областях до 340,65 днів в Херсонській та 337,10 днів в Чернівецькій області.

В 2017 р. коливання показника в розрізі регіонів становить 68,47 днів: від 277,19 днів в Луганській до 345,66 днів в Волинській області.

Дана ситуація вказує на нерівномірність та нераціональність використання ліжкового фонду в розрізі регіонів країни.

Середнє перебування пацієнтів на ліжку в цілому в системі охорони здоров'я України має тенденцію до зменшення з показником 11,04 днів в 2017 р. Коливання даного показника становить 3,36 днів: від 9,57 днів в Житомирській до 12,93 в Луганській області.

Показники обігу ліжка залежать від кількості днів роботи ліжка на рік та середніх термінів перебування пацієнтів на госпітальному ліжку.

Показники летальності пацієнтів в стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я в цілому в системі охорони здоров'я мають тенденцію до збільшення і в 2017 році склали 1,29 % з коливаннями в розрізі регіонів в 2,6 рази: від 0,68 % в Чернівецькій області до 1,74 % в Донецькій області.

Високий рівень смертності населення в тому числі в працездатному віці та низькі показники летальності пацієнтів в стаціонарних відділеннях вказують на те, що значна частини населення помирає в поза лікарняних закладах не отримуючи необхідну медичну допомогу.

Далі, в табл. 2.7 представлені показники робота госпітальних ліжок за типами закладів за 2018 рік. Для аналізу взяті заклади охорони здоров'я які в структурі є найбільш поширеними та надають спеціалізовану медичну допомогу.

Таблиця 2.7 – Показники роботи госпітальних ліжок за типами закладів, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	центральні районні лікарні			дільничні лікарні			районні лікарні		
	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
Україна	324,7	9,2	35,2	284,8	11,8	24,2	316,5	9,7	32,5
<i>Область</i>									
Вінницька	331,8	7,9	41,9	-	-	-	-	-	-
Волинська	340,1	8,9	38,3	104,9	8,2	12,7	348,7	10,3	33,9
Дніпропетровська	306,0	9,0	33,9	-	-	-	312,4	9,1	34,3
Донецька	288,4	10,1	28,5	-	-	-	364,2	11,1	32,7
Житомирська	317,6	8,3	38,3	165,5	15,8	10,5	338,5	9,3	36,6
Закарпатська	309,5	9,8	31,7	296,0	10,8	27,4	303,2	9,1	33,4
Запорізька	296,7	10,0	29,6	-	-	-	315,0	10,0	31,6
Івано-Франківська	326,6	9,5	34,4	344,7	10,3	33,6	311,6	10,7	29,0
Київська	325,7	9,0	36,1	323,0	12,6	25,7	332,3	10,4	31,9
Кіровоградська	333,7	9,3	35,8	-	-	-	-	-	-
Луганська	338,2	11,0	30,8	-	-	-	352,1	9,9	35,6
Львівська	326,1	10,0	32,5	225,2	13,2	17,0	331,7	10,6	31,2
Миколаївська	341,5	8,8	38,9	-	-	-	-	-	-
Одеська	314,3	9,8	32,1	-	-	-	340,3	8,5	40,0
Полтавська	297,5	8,8	33,7	-	-	-	-	-	-
Рівненська	338,5	8,9	38,2	-	-	-	318,6	8,9	35,6
Сумська	329,4	9,6	34,3	383,1	13,7	28,0	-	-	-
Тернопільська	330,4	9,7	34,1	296,5	12,0	24,8	313,6	10,0	31,4
Харківська	342,3	9,0	38,0	-	-	-	-	-	-
Херсонська	312,6	8,9	35,1	-	-	-	-	-	-
Хмельницька	338,7	8,7	39,1	-	-	-	271,7	10,7	25,3
Черкаська	327,5	9,0	36,5	-	-	-	345,0	10,2	34,0
Чернівецька	335,3	9,4	35,5	-	-	-	-	-	-
Чернігівська	339,8	10,6	32,1	-	-	-	418,9	9,9	42,5

Джерело: [43]

В цілому в системі охорони здоров'я України в залежності від типу закладу охорони здоров'я госпітальне ліжко працювало різну кількість днів : ЦРЛ – 324,7 дня, РЛ – 316,5 дня, ДЛ – 284 дня.

При цьому середні терміни перебування пацієнтів на ліжку теж відрізнялися: ЦРЛ – 9,2 дня, РЛ – 9,7 дня, ДЛ – 11,8 дня. Низький рівень роботи госпітального ліжка вказує на нераціональне використання всіх видів ресурсів, які пов'язані з роботою ліжкового фонду.

Найбільш нераціонально використовується ліжковий фонд дільничних лікарень. У Волинській області ліжка дільничних лікарень працюють 104,9 днів на рік, у Житомирській області 165,5 днів, у Львівській області 225,2 днів. При цьому у Сумській області ліжка дільничних лікарень працюють 383,1 днів на рік. Госпітальні ліжка районних лікарень надзвичайно неефективно використовуються в Хмельницькій області з показником їх використання 271,7 днів на рік, а з перевантаженням вони використовуються в Донецькій області - 364,2 днів на рік.

Госпітальні ліжка центральних районних лікарень нераціонально використовуються в Донецькій (288,4 днів), Запорізькій (296,7 днів), Полтавській (297,5 днів), Дніпропетровській (306,0 днів), Закарпатській (309,5 днів) областях. З перевантаженням госпітальні ліжка ЦРЛ не працюють ні в одному із регіонів України.

Проведено та представлено аналіз показників роботи в 2018 р. госпітальних ліжок за окремими спеціальностями. Дані наведено в табл. 2.8.

Аналіз роботи госпітальних ліжок за окремими спеціальностями показав достовірні відмінності зазначених показників. Так, найменшу кількість днів за рік працювали наступні ліжка: інфекційні для дорослого населення (264,32 дні), кадріохірургічні для дорослих (278,87), опікові для дорослих (294,46), торакальні для дорослих (297,46), нейрохірургічні для дорослих (300,68).

Ліжка терапевтичного профілю працювали 331,89 днів на рік при середньому перебуванні пацієнтів на ліжку 10,6 дня. Ліжка хірургічного профілю в 2017 році працювали 323,23 днів при середньому перебуванні пацієнтів на ліжку 10,16 дня.

Таблиця 2.8 – Показники робота госпітальних ліжок за окремими спеціальностями, 2018 рік

Найменування	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	летальність	обіг ліжка
Всього	320,95	11,04	1,29	29,07
Терапевтичні(всє гр)	331,89	10,60	1,19	31,32
Загальнотерапевт.	332,50	10,38	1,47	32,02
Ревм.д/дорослих	327,16	11,43	0,10	28,61
Кардіологічні	335,30	10,40	1,04	32,23
Гастр.д/дорослих	318,48	11,55	0,69	27,57
Алерг.д/дорослих	306,70	10,90	0,01	28,13
Гемат.д/дорослих	343,81	11,29	2,01	30,46
Ендокр.д/доросл.	336,71	10,69	0,17	31,51
Нефрол.д/доросл.	322,37	12,88	0,86	25,02
Імунолог.для дор.	329,49	10,12	3,03	32,57
Пульмон.д/доросл.	327,79	11,76	0,50	27,87
хірургіч./всє гр/	323,23	10,16	0,69	31,80
Загальнохірургіч.	320,37	9,08	0,90	35,28
Нейрох.д/доросл.	300,68	11,06	1,02	27,18
Торак.хір.д/дор.	297,46	15,82	1,23	18,80
Кардіох.для дор.	278,87	7,52	0,70	37,10
Судинної хірург.	327,46	10,60	0,44	30,90
Травм.і ортопед.	336,53	11,81	0,21	28,50
Опікові для дор.	294,46	19,36	1,32	15,21
Уролог.д/доросл.	322,70	9,45	0,21	34,15
Проктологічні	330,29	10,31	0,29	32,03
Гнійн.хір.д/дор.	327,29	12,13	1,96	26,98
Онколог.д/доросл.	351,00	9,35	0,54	37,55
Отолар.д/доросл.	327,68	8,37	0,04	39,17
Наркологічних	344,08	12,31	0,32	27,94
Неврол.д/доросл.	352,12	10,23	1,64	34,42
Офтальм.д/доросл.	324,66	7,06	0,01	45,96
Ортопед.д/доросл.	359,39	13,26	0,07	27,10
Травм.д/дорослих	333,31	11,61	0,23	28,70
Інфекц.д/доросл.	264,32	8,78	0,59	30,11
Психіат.д/доросл.	330,67	52,88	1,35	6,25

Джерело: [43]

Враховуючи, що важливим показником роботи відділень хірургічного профілю є надання термінової хірургічної допомоги надаємо загальну інформацію про термінову хірургічну допомогу хворим в 2018 році.

Таблиця 2.9 – Ургентна хірургічна допомога хворим, 2018 рік

Найменування	Непрохідність кишок	Гострий апендецит	Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки	Шлунково-кишкова кровотеча	Защемлена грижа	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Позаматкова вагітність	внутрішніх органів грудної та черевної	Усього
Доставлено в стаціонар хворих /абс.дані/	9331,00	55244,00	6208,00	18968,00	11388,00	25821,00	27593,00	6769,00	8805,00	170127,00
на 10 тис. населення	2,20	13,02	1,46	4,47	2,68	6,09	6,51	6,69	2,08	40,11
Доставлено пізніше 24 годин з початку захворювання	3937,00	13198,00	1271,00	6745,00	2889,00	11550,00	10764,00	1487,00	1617,00	53458,00
в % до всіх доставлених	42,19	23,89	20,47	35,56	25,37	44,73	39,01	21,97	18,36	31,42
Кількість операцій: абсолютні числа	6671,00	55029,00	6095,00	2038,00	11281,00	18327,00	2339,00	6623,00	6541,00	114944,00
на 10 тис. населення	1,57	12,97	1,44	0,48	2,66	4,32	0,55	6,54	1,54	27,10
Всього померлих після операції	241,00	23,00	271,00	105,00	98,00	84,00	294,00		229,00	1345,00
Післяопераційна летальність	3,61	0,04	4,45	5,15	0,87	0,46	12,57		3,50	1,17
Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації	4,83	0,11	12,25	7,86	2,30	0,66	17,19		2,63	2,12
Питома вага ургент оперованих у загальній кількості оперованих	0,33	2,69	0,30	0,10	0,55	0,90	0,11	0,32	0,32	5,63

Джерело: [43]

В 2018 р. до закладів охорони здоров'я було доставлено 170 127,00 осіб, які потребували термінової хірургічної допомоги, що склало 40,11 на 10 тис. населення. Найбільшу частку із них склали хворі із гострий апендецит (55 244,00), гострий панкреатит (27 593,00), гострий холецистит (25 821,00), шлунково-кишкову кровотечу (18 968,00).

Із загальної кількості пацієнтів 53 458,00 (31,42 %) доставлено пізніше 24 годин з початку захворювання. Найбільшу частку із них склали хворі на гострий холецистит (44,73 %), непрохідність кишок (42,19 %), гострий панкреатит (39,01 %), шлунково-кишкову кровотечу (35,56 %). При цьому необхідно відмітити, що післяопераційна летальність при пізній госпіталізації є достовірно вищою і складає 2,12%, а при гострому панкреатиті (17,19%) та при проривній виразці шлунку та 12-палої кишки (12,25%).

Дані про ургентну хірургічну допомогу в розрізі регіонів наведено в табл. 2.10.

Таблиця 2.10 – Ургентна хірургічна допомога в розрізі регіонів України, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	достав. в стац хворих на 10т населення	достав. хворих пізн. 24 годин в (%)	післяоперац. летальність	післяоперац. летальність при пізн. госп
Україна	40,11	31,42	1,17	2,12
<i>Область</i>				
Вінницька	47,72	39,64	1,31	1,42
Волинська	43,79	24,24	1,52	4,34
Дніпропетровська	49,58	31,29	1,60	2,30
Донецька	46,72	34,50	1,75	4,27
Житомирська	38,72	33,94	0,48	0,70
Закарпатська	32,75	8,92	0,19	0,50
Запорізька	47,66	33,26	2,37	4,60
Івано-Франківська	36,74	19,68	0,89	0,72
Київська	43,28	22,24	1,00	1,80
Кіровоградська	50,33	22,64	0,58	1,27
Луганська	23,51	10,93	1,89	0,76
Львівська	36,92	34,87	1,31	2,64
Миколаївська	50,03	38,10	0,98	1,27
Одеська	49,19	34,31	0,62	0,83
Полтавська	43,75	31,86	1,90	4,13
Рівненська	44,89	18,91	0,99	2,60
Сумська	40,71	17,51	0,49	0,83
Тернопільська	36,98	18,82	1,10	3,60
Харківська	47,31	48,02	1,24	1,60
Херсонська	45,54	43,55	1,08	1,57
Хмельницька	39,40	22,55	1,15	4,05
Черкаська	42,95	28,81	0,67	1,37
Чернівецька	41,85	26,53	0,65	1,07
Чернігівська	46,27	41,67	0,82	1,24
м.Київ	47,84	34,59	1,22	1,88

Джерело: [43]

Найвищий рівень пацієнтів із розрахунку на 10 тис населення, які потребували ургентної хірургічної допомоги було доставлено до закладів охорони здоров'я в Кіровоградській (50,33), Миколаївській (50,03), Одеській (49,19) областях, що вказую на низький рівень профілактичної та просвітницької роботи в даних областях.

Важливим показником при ургентній хірургічній допомозі є доставка хворих в заклади охорони здоров'я пізніше 24 годин після початку захворювання. Найвищі показники такого явища зареєстровані в Харківській (48,02 %), Херсонській (43,55 %), Чернігівській (41,67 %), Вінницькій (39,64 %) областях.

При цьому найвищі показники післяопераційної летальності зареєстровані в Запорізькій (4,60 %), Волинській (4,34 %), Донецькій (4,27 %), Полтавській (4,13 %), Хмельницькій (4,05 %) областях.

Важливою формою надання медичної допомоги населенню є стаціонарозамінні форми до яких віднесено денні стаціонари та стаціонари на дому. Дані форми активно розвиваються в системі охорони здоров'я України. Дані про дані форми надання медичної допомоги та їх діяльність в 2018 році наведено в табл. 2.11.

Таблиця 2.11 – Стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги населенню, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах					Стаціонари вдома		
	число закладів	число ліжок		пролікувалось хворих		число закладів	пролікувалось хворих	
		абс. дані	на 10 тис. населення	абс. дані	на 10 тис. населення		абс. дані	на 10 тис. населення
Україна	1902,0	62890,0	14,9	2806155,0	663,1	1500,0	2278838,0	538,5
<i>Область</i>								
Вінницька	67,0	3643,0	23,2	127149,0	806,8	42,0	76014,0	482,3
Волинська	42,0	1486,0	14,3	57909,0	558,4	25,0	28573,0	275,5
Дніпропетровська	132,0	4912,0	15,2	227497,0	704,9	59,0	79018,0	244,8
Донецька	75,0	3325,0	17,4	149384,0	780,0	36,0	107260,0	560,1
Житомирська	64,0	3085,0	25,0	171625,0	1387,8	54,0	99962,0	808,3
Закарпатська	89,0	1578,0	12,6	65430,0	521,1	89,0	70417,0	560,8
Запорізька	73,0	2581,0	15,0	80580,0	465,6	47,0	69729,0	402,9
Ів.-Франківська	164,0	2398,0	17,4	121032,0	879,6	143,0	100212,0	728,3
Київська	67,0	2907,0	16,6	97422,0	560,3	90,0	66142,0	380,4
Кіровоградська	36,0	1710,0	18,0	51676,0	541,3	34,0	61011,0	639,1
Луганська	29,0	1899,0	27,0	51727,0	734,5	20,0	35247,0	500,5
Львівська	233,0	2703,0	10,8	109819,0	436,9	264,0	203155,0	808,3
Миколаївська	58,0	2409,0	21,1	95683,0	835,7	22,0	50752,0	443,2
Одеська	85,0	3420,0	14,4	197042,0	830,1	58,0	112000,0	471,8
Полтавська	73,0	2376,0	16,9	87164,0	617,1	52,0	93944,0	665,1
Рівненська	55,0	1790,0	15,4	106114,0	914,3	36,0	97347,0	838,7
Сумська	66,0	2312,0	21,2	73927,0	673,8	52,0	75937,0	692,1
Тернопільська	82,0	1749,0	16,7	100200,0	952,0	67,0	79126,0	751,8
Харківська	106,0	5048,0	18,8	213234,0	795,1	73,0	196351,0	732,1
Херсонська	39,0	1740,0	16,6	66589,0	634,3	28,0	38582,0	367,5
Хмельницька	61,0	2221,0	17,5	128185,0	1004,1	53,0	67810,0	531,1
Черкаська	60,0	2558,0	21,0	106612,0	872,3	45,0	84675,0	692,8
Чернівецька	48,0	1702,0	18,8	91025,0	1006,5	37,0	48055,0	531,4
Чернігівська	49,0	1555,0	15,4	85085,0	835,6	40,0	63246,0	621,2
м. Київ	49,0	1783,0	6,2	144045,0	498,6	34,0	274273,0	949,4

Джерело: [43]

Найвищий рівень забезпеченості ліжками денного стаціонару зареєстровано в Луганській (27,0 на 10 тис населення), Житомирській (25,0), Вінницькій (23,2), а найменший в м. Києві (6,2), Львівській (10,8), Закарпатській (12,6) областях. При цьому найбільша кількість пролікованих в денних стаціонарах із розрахунку на 10 тис населення зареєстрована в Житомирській (1 387,8), Хмельницькій (1 004,1) та Чернівецькій (1 006,5) областях. Найменший показник пролікованих в денних стаціонарах зареєстровано в Львівській (436,9) та Запорізькій (465,6) областях.

Показник пролікованих в домашніх стаціонарах коливається в 3,9 разів: від 244,8 в Дніпропетровській до 949,4 в м.Києві.

Ефективною формою поза госпітальної допомоги є амбулаторно-поліклінічні центри хірургії одного дня в яких надається відповідна допомога населенню. Дані про хірургічні операції проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах, їх структуру та кількість, наведено в табл. 2.12.

Таблиця 2.12 – Амбулаторно-поліклінічна хірургічна допомога населенню, 2018 рік

Найменування	Загальна кількість операцій	на 10 тис. населення	Кількість операцій сільським жителям	на 10 тис. відповідного населення
Усього операцій	2 026 329,0	477,7	623 901,0	473,7
у тому числі: операції на органах зору	162 511,0	38,3	54 104,0	41,1
з них мікрохірургічні	33 997,0	8,0	8 610,0	6,5
із числа операцій на органах зору з приводу: глаукоми	1 041,0	0,2	106,0	0,1
катаракти	3 519,0	0,8	516,0	0,4
операції на органах вуха, горла, носа	147 234,0	34,7	41 849,0	31,8
з них на вусі	33 833,0	8,0	9 754,0	7,4
операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожині	263 763,0	62,2	58 315,0	44,3
операції на судинах	2 089,0	0,5	479,0	0,4
операції на органах черевної порожнини	6 590,0	1,6	2 161,0	1,6
з них з приводу незащемленої грижі	1 104,0	0,3	71,0	0,1
операції на сечостатевої системі	294 574,0	69,5	86 096,0	65,4
з них операції на жіночих статевих органах	255 427,0	130,3	72 545,0	66,2
операції на кістково-м'язовій системі	156 761,0	37,0	54 167,0	41,1
операції на молочній залозі	7 041,0	3,6	2 938,0	2,7
операції на шкірі та підшкірній клітковині	925 515,0	218,2	301 382,0	228,8
інші	60 251,0	14,2	22 410,0	17,0
Крім того, видалення зубів та коренів	5 058 449,0	1 192,6	1 745 826,0	1 325,5

Джерело: [43]

В 2018 р. в амбулаторно-поліклінічних умовах проведено 2 026 329,0 оперативних втручань із яких 623 901,0 (30,8 %) проведено для сільських жителів. Найбільшу частку амбулаторно-поліклінічних операцій складають втручання на шкірі та підшкірній клітковині (925 515,0 – 45,7 %), сечостатевої системі (294 574,0–14,5 %), щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожині (263 763,0–13,0 %), жіночих статевих органах (255 427,0–12,6 %). Дані про хірургічні операції проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах в розрізі адміністративних територій наведено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13 – Амбулаторно-поліклінічна хірургічна допомога населенню в розрізі адміністративних територій, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	загальна кількість операцій	на 10 тис. населення	кількість операцій сільським жителям	на 10 тис. сільського населення
Україна	2 026 329,0	477,7	623 901,0	473,7
<i>Область</i>				
Вінницька	104 009,0	656,9	56 926,0	727,8
Волинська	60 901,0	586,6	27 106,0	542,4
Дніпропетровська	169 991,0	526,8	19 757,0	371,3
Донецька	83 832,0	430,8	9 597,0	316,7
Житомирська	98 120,0	790,5	36 674,0	715,2
Закарпатська	41 138,0	327,5	24 060,0	302,4
Запорізька	64 699,0	372,1	12 761,0	319,2
Івано-Франківська	105 419,0	765,5	55 991,0	719,4
Київська	92 901,0	537,4	34 106,0	515,3
Кіровоградська	61 751,0	643,7	17 802,0	496,9
Луганська	22 047,0	313,0	4 347,0	217,3
Львівська	85 101,0	338,3	24 577,0	247,3
Миколаївська	49 569,0	431,3	13 659,0	372,9
Одеська	128 251,0	539,9	30 811,0	386,1
Полтавська	77 837,0	548,5	25 094,0	460,3
Рівненська	71 272,0	613,5	35 982,0	585,4
Сумська	58 983,0	535,1	11 507,0	331,0
Тернопільська	58 757,0	556,4	35 233,0	600,2
Харківська	124 258,0	462,7	22 509,0	427,5
Херсонська	48 173,0	457,0	14 731,0	358,3
Хмельницька	70 804,0	552,2	26 146,0	465,8
Черкаська	70 361,0	573,2	28 136,0	529,3
Чернівецька	50 261,0	555,3	25 913,0	499,4
Чернігівська	73 503,0	717,2	23 131,0	632,3
м.Київ	154 391,0	535,3	7 345,0	-

Джерело: [43]

Загальна кількість амбулаторних операцій з розрахунку на 10 тис. населення в розрізі регіонів коливається в 2,5 разів: від 313,0 в Луганській області до 790,5 в Житомирській. Загальна кількість амбулаторних операцій з розрахунку на 10 тис. сільського населення в розрізі регіонів коливається в 3,3 рази: від 217,3 в Луганській області до 727,8 в Вінницькій.

2.2 Загальна характеристика підприємства

Комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» (КНП «Хмельницька обласна лікарня») Хмельницької обласної ради є комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги та поліклінічної (консультативної) допомоги населенню Хмельницької області в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Підприємство створене відповідно до рішення Хмельницької обласної ради (засновник підприємства) від 21 червня 2019 року шляхом перетворення Хмельницької обласної лікарні у комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. Майно підприємства є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст Хмельницької області в особі Хмельницької обласної ради.

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Хмельницької обласної лікарні (код ЄДРПОУ 02004717).

Підприємство є об'єктом спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Хмельницької області в особі Хмельницької обласної ради, код ЄДРПОУ – 00022651. Юридична адреса: 29005, Хмельницька область, м. Хмельницький, Майдан Незалежності, будинок 2.

Підприємство підпорядковане, підзвітне та підконтрольне засновнику – Хмельницькій обласній раді, а в межах галузевих повноважень – Департаменту охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації (далі – Департамент).

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) КНП «Хмельницька обласна лікарня» або їх частин серед засновників (учасників), працівників

комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціально внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

Не вважається розподілом доходів КНП «Хмельницька обласна лікарня», використання підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків для утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених статутом КНП «Хмельницька обласна лікарня».

У своїй діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями спеціально уповноваженого центрального органу державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я – Міністерства охорони здоров'я, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, рішеннями Хмельницької обласної ради та розпорядженнями її посадових осіб, наказами Департаменту, цим статутом КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Повне найменування підприємства – Комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Скорочене найменування підприємства – КНП «ХОЛ» Хмельницької обласної ради.

Місцезнаходження підприємства: 29000, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. Пілотська, 1. Окремі структурні підрозділи, виконуючи свої функції, на передбачених законом правових підставах, фактично можуть розташовуватись за іншою адресою, залишаючись при цьому складовою КНП «Хмельницька обласна лікарня» як цілісного закладу охорони здоров'я.

Основною метою діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» є забезпечення медичного обслуговування населення Хмельницької області шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» є:

- створення разом із засновником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню Хмельницької області, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі послуг третинної високоспеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, в тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності й ведення пологів і післяпологового періоду;

- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі високоспеціалізованої поліклінічної (консультативної) медичної допомоги;

- організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;

- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- направлення на медико-соціальну експертизу осіб із стійкою втратою працездатності;

- проведення профілактичних оглядів;

- придбання, зберігання, перевезення, ввезення, пересилання, вивезення, відпуск, знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;
- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;
- видавнича діяльність (науково-виробничі, науково-практичні, навчальні та довідкові видання);
- видавництво учбової та монографічної літератури;
- навчально-методична, науково-дослідницька робота, в т.ч. проведення клінічних досліджень;
- провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України;
- організація і проведення комплексу санітарно-протиепідемічних заходів згідно із нормативними документами;
- впровадження в практику роботи сучасних, в тому числі нетрадиційних методів діагностики та лікування;
- проведення аналізу стану ефективності лікування на КНП «Хмельницька обласна лікарня»;
- участь у виконанні Національних та регіональних програм, які стосуються здоров'я населення;
- своєчасне впровадження і широке застосування в практику досягнень медичної науки, передових форм і методів роботи кращих колективів, наукової організації праці;
- підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників Підприємства на базі закладів післядипломної освіти України та ознайомлення їх з досвідом роботи медичних закладів України та інших країн;
- організація проходження виробничої практики студентами ВНЗУ та медичних коледжів області;
- здійснення іншої не забороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-

діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення кадрового потенціалу КНП «Хмельницька обласна лікарня».

КНП «Хмельницька обласна лікарня» може бути клінічною базою вищих медичних, фармацевтичних навчальних та науково-дослідних закладів (установ) всіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» є навчальною базою для проходження інтернатури випускниками вищих медичних навчальних закладів та базою для підготовки студентів медичних училищ (коледжів) області.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» надає медичні послуги на підставі дозвільних документів, які дають право займатися медичною практикою (ліцензія, сертифікат тощо). Якщо для провадження деяких видів діяльності, необхідний спеціальний дозвіл (ліцензія), підприємство отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» проводить господарську діяльність з медичної практики:

- організація та управління охороною здоров'я;
- акушерство і гінекологія;
- гінекологія дитяча;
- терапія;
- терапія підліткова;
- гастроентерологія;
- гематологія;
- ендокринологія;
- імунологія;
- імунологія лабораторна;
- кардіологія;
- ревматологія;

- алергологія;
- пульмонологія;
- професійна патологія;
- неврологія;
- нефрологія;
- урологія;
- дієтологія;
- фізіотерапія;
- лікувальна фізкультура;
- психотерапія;
- функціональна діагностика;
- епідеміологія;
- клінічна лабораторна діагностика;
- бактеріологія;
- біохімія клінічна;
- народна та нетрадиційна медицина;
- анестезіологія;
- анестезіологія дитяча;
- неонатологія;
- педіатрія;
- рентгенологія;
- ультразвукова діагностика;
- сексопатологія;
- хірургія;
- хірургія судинна;
- хірургія торакальна;
- комбустіологія;
- нейрохірургія;
- нейрохірургія дитяча;
- ортопедія і травматологія;

- отоларингологія;
- офтальмологія;
- проктологія;
- стоматологія;
- стоматологія хірургічна;
- ендоскопія;
- трансплантологія;
- реабілітологія;
- проведення медичних оглядів.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має право займатися іншими видами діяльності не передбаченими в його статуті і не забороненими законодавством України.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» користується закріпленим за ним комунальним майном, що є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст Хмельницької області на праві оперативного управління.

КНП «Хмельницька обласна лікарня», здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує надання послуг (виконання робіт) та надає її за тарифами, що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

Збитки, завдані КНП «Хмельницька обласна лікарня» внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

Для здійснення господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має самостійний баланс, рахунки в установах банків, Державному казначействі України, круглу печатку із своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність та затверджує штатний розпис.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має право:

- звертатися в порядку, встановленому законодавством, до центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, для отримання інформації та матеріалів, необхідних для виконання покладених на підприємство завдань;

- самостійно планувати, організовувати та здійснювати свою статутну діяльність, визначати основні напрями свого розвитку відповідно її своїх завдань і цілей, у тому числі спрямовувати отримані від господарської діяльності кошти на утримання підприємства та його матеріально-технічне забезпечення;

- укладати господарські угоди (договори) з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства;

- здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства;

- самостійно визначати напрями використання грошових коштів у порядку, визначеному законодавством України, враховуючи норми його статуту.

- здійснювати власне будівництво, реконструкцію, капітальний і поточний ремонт основних фондів у визначеному законодавством порядку;
- залучати підприємства, установи та організації для реалізації своїх статутних завдань у визначеному законодавством порядку;
- співпрацювати з іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами та фізичним особами-підприємцями;
- надавати консультативну допомогу з питань, що належить до його компетенції, спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їх запитом;
- створювати структурні підрозділи підприємства відповідно до законодавства України;
- здійснювати інші права, що не суперечать законодавству.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» зобов'язане:

- створювати належні умови для високопродуктивної праці, забезпечувати додержання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування;
- здійснювати бухгалтерський облік, забезпечувати фінансову та статистичну звітність згідно із законодавством;
- керуватись у своїй діяльності конституцією України, законами України, актами президента України та кабінету міністрів України, нормативно-правовими актами міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами та цим статутом;
- планувати свою діяльність щодо реалізації мети та предмету діяльності підприємства з урахуванням та у межах єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я в хмельницькій області;
- забезпечувати своєчасну сплату податкових та інших обов'язкових платежів з урахуванням своєї статутної діяльності та відповідно до чинного законодавства України;
- розробляти та реалізовувати кадрову політику, контролювати підвищення кваліфікації працівників;

– акумулювати власні надходження та витратити їх з метою забезпечення діяльності підприємства відповідно до чинного законодавства України та цього статуту;

Економічну результативність роботи КНП «Хмельницька обласна лікарня» розглянемо у наступному параграфі дипломоної роботи.

2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства

Перш за все, вважаємо за необхідне охарактеризуємо величину та динаміку основних техніко-економічних показників КНП «Хмельницька обласна лікарня» (табл 2.14), що були нами розраховані з використанням звітності підприємства.

Таблиця 2.14 – Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Показник	Од. вим.	Рік			Абсолютне відхилення	
		2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Чистий дохід від реалізації продукції, робіт, послуг	тис. грн	2 377 232	2 080 684	2 206 932	-296548	126248
Середньооблікова чисельність персоналу	чол.	1 443	1 454	1 391	11	-63
Продуктивність праці персоналу	к-сть огляд./чол.	82	80	80	-2	0
Чистий прибуток (збиток)	тис. грн	-3 294 041	-11 698 441	1 446 051	-8 404 400	13 144 492
Рентабельність (збитковість)	%	-3,46	-2,54	2,47	-0,92	0,07
Середньорічна вартість основних фондів	тис. грн	75 277 634	85 604 263	88 895 369	10 326 629	3 291 106

З інформації таблиці видно, що результативність КНП «Хмельницька обласна лікарня» протягом 2017-2019 років коливалася.

Чистий дохід від реалізації продукції, робіт, послуг з 2 377 232 тис. грн. в 2017 році скоротився до 2 080 684 тис. грн 2018 року та знову дещо збільшився до 2 206 932 2019 року.

Середньооблікова чисельність персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» в 2018 році збільшилася на 11 осіб відносно показника 2017 року. Через рік чисельність персоналу підприємства зменшилася на 63 особи.

Продуктивність праці персоналу, а саме кількість огляд./чол. В 2018 році зменшилася на 2 особи, в 2019 році не змінилася.

Чистий збиток КНП «Хмельницька обласна лікарня» в 2017 році склав 3 294 041 тис. грн, в 2018 році збільшився до 11 698 441 тис. грн, через рік чистий прибуток підприємства склав – 1 446 051 тис.грн.

Відтак КНП «Хмельницька обласна лікарня» з 2017 по 2018 роки було збитковим, лише 2019 року стало прибутковим, його рентабельність становила 2,47 відсотка.

Середньорічна вартість основних фондів КНП «Хмельницька обласна лікарня» в 2018 році становила 75 277 634 тис. грн, через рік зросла до 85 604 263 тис. грн, в 2019 році збільшилася на 3 291 106 тис. грн.

Динаміка доходів та показників з праці персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» зображені на рис. 2.1 .

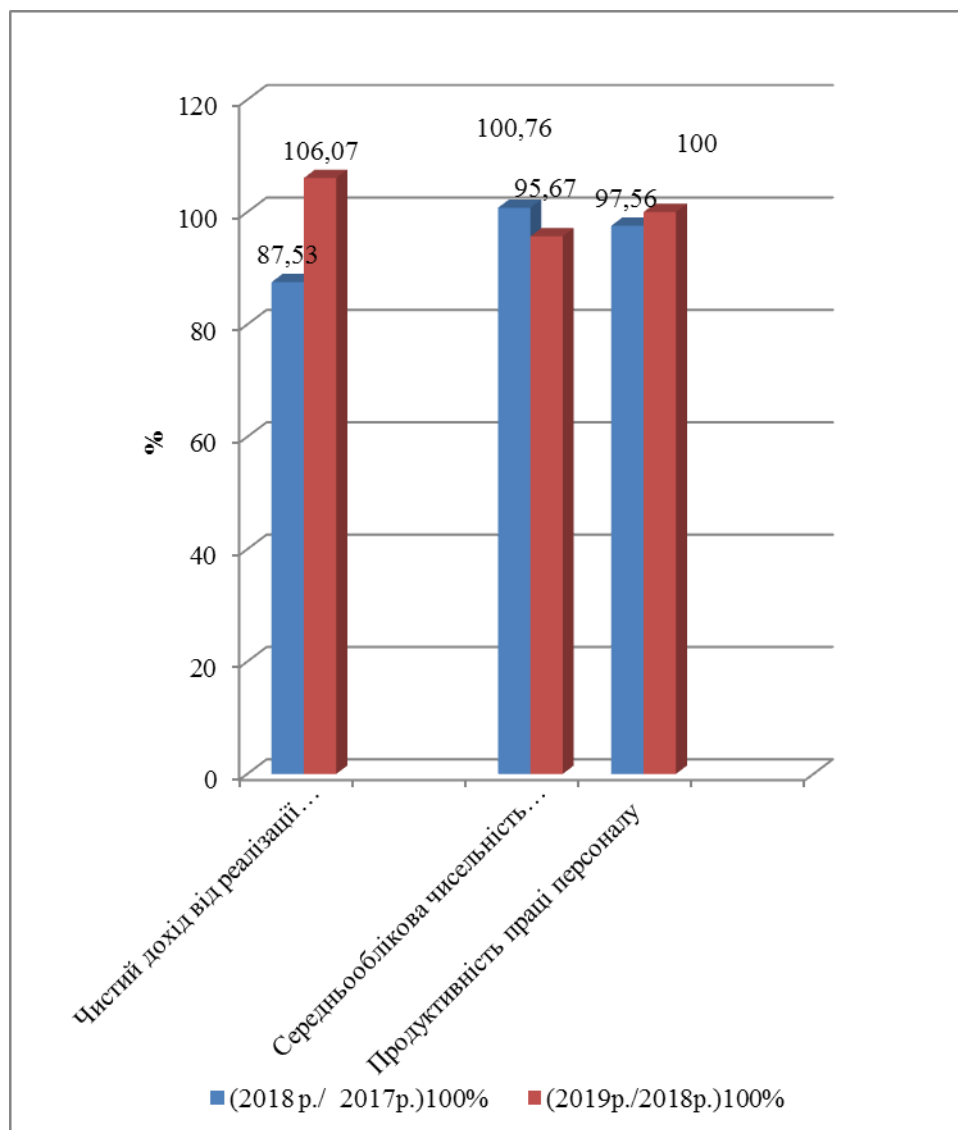


Рисунок 2.1 – Динаміка доходів та показників з праці персоналу
КНП «Хмельницька обласна лікарня»

На рисунку 2.1 зображена динаміка показників, що вказує на те, що 2019 року підприємство працювало найбільш ефективно, чистий дохід та продуктивність праці цього року продемонстрували визхідну динаміку.

Позитивною 2019 року була динаміка лише для показника середньорічної вартості основних фондів підприємства (рис. 2.2).



Рисунок 2.2 – Динаміка доходу та витрат КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Варто зауважити, що важливим для підвищення ефективності функціонування будь-якого закладу є його належне матеріально-технічне забезпечення, тому у наступному підпункті проаналізуємо рівень забезпечення КНП «Хмельницька обласна лікарня» усіма необхідними ресурсами.

2.3 Аналіз системи управління, організації та забезпечення діяльності підприємства

Майно КНП «Хмельницька обласна лікарня» є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст області і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

Майно КНП «Хмельницька обласна лікарня» становлять оборотні і необоротні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником, вартість яких відображається у самостійному балансі підприємства.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» не має права відчужувати або іншим способом розпоряджатись закріпленим за ним майном, що належить до основних

фондів без попередньої згоди Засновника. Підприємство не має права безоплатно передавати належне йому майно третім особам (юридичним та фізичним особам) крім випадків, прямо передбачених законодавством. Усі питання, які стосуються відмови від права на земельну ділянку, що знаходяться на балансі КНП «Хмельницька обласна лікарня» або її відчуження, вирішуються виключно Хмельницькою обласною радою.

Джерелами формування майна та коштів КНП «Хмельницька обласна лікарня» є:

- комунальне майно, передане підприємству відповідно до рішення про його створення;
- кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти);
- власні надходження підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від надання послуг (виконання робіт);
- цільові кошти;
- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- кредити банків;
- майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;
- майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;
- майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених законодавством України.

Вилучення майна КНП «Хмельницька обласна лікарня» може мати місце лише у випадках, передбачених законодавством.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» має право надавати в оренду майно, закріплене за ним на праві оперативного управління, юридичним та фізичним

особам відповідно до законодавства України та локальних нормативних актів органів місцевого самоврядування.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» у визначеному законодавством порядку самостійно організовує та здійснює бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності Підприємства.

Власні надходження підприємства використовуються відповідно до законодавства України.

Таблиця 2.15 – Основні показники діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Основні показники	Одиниця виміру	2018	2019 рік	2018рік-2019 рік
1	2	3	4	5
Кількість ліжок	одиниць	795	782,00	-13,00
Виконано ліжкоднів	одиниць	263625	254261	-9364,00
Середня кількість днів роботи ліжка	дні	331,50	325	-6,50
Завантаженість ліжкового фонду	відсотки	99,40	97,60	-1,80
Кількість пролікованих хворих	чол.	31917	30896	-1021,00
Кількість поліклінічних відвідувань	одиниць	93541	91926	-1615,00
Кількість працюючих - всього по установі	чол.	1437	1401	-36,00
Затверджені бюджетом видатки	тис.грн.	202837,70	221404,50	18566,80
Уточнені призначення	тис.грн.	245997,20	229135,50	-16861,70
Фактично профінансовано	тис.грн.	222134,90	224644,80	2509,90
Фонд заробітної плати (всього)	тис.грн.	93423,50	101819,40	8395,90
Середньомісячна заробітна плата	грн.	5418	7268	1850,00
Вартість основних засобів на кінець року	тис.грн.	179942,50	544082,10	364139,60
Загальна площа будівель (споруд)	кв.м.	31861,60	31861,60	0,00
Площа здана в оренду	кв.м.	999,32	1175,56	176,24
Орендна плата нараховано	тис.грн.	1180,50	1231,70	51,20
Отримано	тис.грн.	552,80	615,90	63,10
Кількість викликів (факт)*	одиниць	1151	1007	-144,00
Фінансова забезпеченість до потреби				
- утримання 1 -го хворого	відсотки	90,70	91,10	0,40
- лікування 1-го хворого	відсотки	22,90	23,10	0,20
Вартість 1 ліжка-дня всього	грн.	827,10/678,36	914,22/715,02	
в т.ч.				
- по медикаментах	грн.	310,10/161,38	361,28/162,08	
- по харчуванню	грн.	23,10	25,47	2,37

Закінчення таблиці 2.15

1	2	3	4	5
Вартість 1 відвідування всього	грн.	48,28	57,84	9,56
Вартість 1 виклику всього	грн.	296,20	311,01	14,81
Надано платних послуг	тис.грн.	2633,50	3096,90	463,40
Залучено позабюджетних коштів	тис.грн.	15866,50	18480,90	2614,40
Навантаження на 1 лікарську посаду:				
- відвідувань	одиниць	4067	3997	-70,00
- ліжок	одиниць	10,28	10,13	-0,15
Витрати на придбання обладнання всього	тис.грн.	14085,70	13330,00	-755,70
Споживання електроенергії по нормі	тис.кВт	20850,00	2108	-18742,00
Фактично	тис.кВт	1588,90	1606,40	17,50
Економія	%	23,80	23,80	0,00
Споживання тепла по нормі	гкал	3620,90	3500	-120,90
Фактично	гкал	289,70	2410,70	2121,00
Економія	%	200,00	31,1	43661,00
Споживання гарячої води по нормі	м.куб.	15527,00	12768,00	-2759,00
Фактично	м.куб.	8618,50	10786,00	2167,50
Економія	%	44,50	15,50	-29,00
Споживання холодної води по нормі	м.куб.	76500,00	75050,00	-1450,00
Фактично	м.куб.	64784,00	60090,00	-4694,00
Економія	%	15,30	20,00	4,70
Капітальний ремонт: за рахунок бюджетних коштів За рахунок спецкоштів (платні послуги, оренда)	тис.грн.	4941,90	5278,50	336,60

Як бачимо з таблиці, персоналом КНП «Хмельницька обласна лікарня» у 2018 році було значно краще виконано показник ліжкоднів.

Завантаженість ліжкового фонду лікарні в 2018 році становила 99,4 %, через рік вона зменшилася до 97,6 %.

Кількість пролікованих хворих в 2019 році скоротилася майже на 1000 осіб.

Кількість поліклінічних відвідувань КНП «Хмельницька обласна лікарня» теж до 2019 року значно скоротилася.

Чисельність працюючих КНП «Хмельницька обласна лікарня» в 2019 році зменшилася на 36 осіб.

Фонд заробітної плати персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» до 2019 року зазнав збільшення майже на 8 млн.

Відповідно середньомісячна заробітна плата персоналу зросла майже на 2000 грн.

Дещо зросла площа здана в оренду, тому збільшилася величина нарахованої та отриманої орендно плати у останньому розрахунковому періоді.

Кількість фактичних викликів пацієнтів скоротилася до 2019 рок, разом з тим вартість лікування та утримання одного хворого зросла.

Помітна тенденція до зменшення відвідуваності закладу

Разом з тим, показники результативності роботи можуть відрізнятися залежно від напрямку роботи КНП «Хмельницька обласна лікарня» (табл. 2.16–2.17)

Таблиця 2.16 – Результативність роботи лікаря–ортопеда

Діагноз/лікар	Виписано всього	з одужанням	з покращенням	з погіршенням	без змін	проведено л/д	Померло	Пер. в інші стац.	До 17 р. виписано	До 17 р. л/д	До 17 р. померло
2017 рік											
Лікар - ортопед	216	16	199	0	1	2011	0	0	0	0	0
2018 рік											
Лікар - ортопед	223	18	204	0	1	2088	0	0	1	4	0
2019 рік											
Лікар - ортопед	240	6	234	0	0	2641	0	0	1	1	0

Таблиця 2.17 – Результативність роботи хірурга-ортопеда

Діагноз/лікар	кількість	Дітям до 17 р.	кількість ускладнень	померло	летальність	сер. трив. операції	сер. л/д до операції	сер. л/д після операції	сер. л/д всього
2017 рік									
Хірург - ортопед	178	0	0	0	0	45 хв	2,33	6,57	9,53
2018 рік									
Хірург - ортопед	149	0	0	0	0	43 хв	2,46	7,52	10,37
2019 рік									
Хірург - ортопед	147	1	0	0	0	54 хв	3,37	8,54	12,29

Важливо також розуміти систему управління та організації діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Безпосереднє керівництво КНП «Хмельницька обласна лікарня» здійснює Директор. Вимоги до особи, що призначається на посаду Директора, визначаються законодавством України, цим Статутом та контрактом.

Директор КНП «Хмельницька обласна лікарня» призначається на посаду та звільняється з посади Засновником відповідно до чинного законодавства України та Порядку призначення та звільнення з посад керівників підприємств, установ, організацій – об'єктів спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області.

При призначенні на посаду з Директором укладається контракт, в якому визначаються права, строк найму, обов'язки і відповідальність перед Засновником та трудовим колективом, умови його матеріального та соціального забезпечення, з урахування гарантій, передбачених чинним законодавством України.

Засновник КНП «Хмельницька обласна лікарня»:

- визначає головні напрямки діяльності підприємства, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання;
- затверджує статут підприємства та зміни до нього;
- затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання;
- погоджує підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави;
- здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст хмельницької області та закріплене за підприємством на праві оперативного управління;
- приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію підприємства, призначає ліквідаційну комісію, комісію з припинення, затверджує ліквідаційний баланс.

Директор КНП «Хмельницька обласна лікарня»:

- діє без довіреності від імені КНП «Хмельницька обласна лікарня», представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого

самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи, видає довіреності та делегує право підпису документів іншим посадовим особам Підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки;

- самостійно вирішує питання діяльності підприємства за винятком тих, що віднесені законодавством та цим статутом до компетенції засновника;

- організовує роботу підприємства щодо надання населенню медичної допомоги, згідно з вимогами нормативно-правових актів;

- несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності підприємства, якість послуг, що надаються підприємством, використання наданого на праві оперативного управління підприємству майна спільної власності територіальних громад і доходу згідно з вимогами законодавства, цього статуту та укладених підприємством договорів;

- користується правом розпорядження майном та коштами підприємства відповідно до законодавства та цього статуту. забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за підприємством на праві оперативного управління майна;

- у межах своєї компетенції видає накази, дає вказівки обов'язкові для всіх підрозділів та працівників підприємства;

- забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації;

- строки і в порядку, встановленому законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про підприємство, внесення яких до єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань є обов'язковим;

- подає в установленому порядку засновнику квартальну, річну, фінансову та іншу звітність підприємства, зокрема щорічно до 01 лютого надає

засновнику бухгалтерську та статистичну звітність, інформацію про рух основних засобів, за запитом засновника надає звіт про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду;

– приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників підприємства, а також інші, передбачені законодавством про працю рішення в сфері трудових відносин, укладає трудові договори з працівниками підприємства. забезпечує раціональний добір кадрів, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, створює умови підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників згідно із затвердженим в установленому порядку штатним розписом;

– забезпечує проведення колективних переговорів, укладення і колективного договору в порядку, визначеному законодавством України;

– призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників і головного бухгалтера підприємства. призначає на посади та звільняє з посад керівників структурних підрозділів, інших працівників;

– забезпечує дотримання на підприємстві вимог законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці;

– вживає заходів щодо своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також передбачених законодавством податків, зборів та інших обов'язкових платежів;

– несе відповідальність за збитки, завдані підприємству з вини директора підприємства в порядку, визначеному законодавством;

– затверджує положення про структурні підрозділи підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема:

- положення про преміювання працівників за підсумками роботи Підприємства;

- порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та дарунки;

- порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів та медичних виробів;
- за погодженням із засновником та відповідно до чинного законодавства має право укладати договори оренди майна;
- вирішує інші питання, віднесені до компетенції директора підприємства згідно із законодавством, цим статутом;
- щорічно та у випадку внесення змін подає на розгляд та погодження голові обласної ради штатний розпис, положення про оплату праці (положення про преміювання);
- складає в установленому порядку та подає на погодження голові обласної ради річний кошторис підприємства;
- забезпечує цільове використання бюджетних коштів, виділених на утримання підприємства;
- забезпечує виконання вимог законодавства про запобігання корупції та декларування.
- вирішує інші питання, віднесені до компетенції директора підприємства згідно із законодавством, цим статутом, контрактом між засновником та директором підприємства.

Директор КНП «Хмельницька обласна лікарня» підзвітний і підконтрольний Засновнику.

У разі звільнення Директора або неможливості виконання ним своїх обов'язків з інших причин голова обласної ради своїм розпорядженням призначає тимчасово виконуючого обов'язки Директора, але не більше ніж на один рік.

У разі тимчасової відсутності Директора (відрадження, хвороба, відпустка або інші поважні причини) його обов'язки виконує заступник директора Підприємства або інша особа, на яку покладено обов'язки наказом Директора. У разі неможливості видання наказу Директора про виконання його обов'язків (увільнення від виконання обов'язків), це здійснюється за розпорядженням голови Хмельницької обласної ради.

Директор КНП «Хмельницька обласна лікарня» та головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за додержання порядку ведення і достовірність обліку та статистичної звітності у встановленому законодавством порядку.

Структура КНП «Хмельницька обласна лікарня», порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються Директором Підприємства.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» у відповідності з чинним законодавством України та цим Статутом може створювати нові, ліквідувати та реорганізовувати існуючі служби та структурні, відокремлені підрозділи Підприємства.

Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників КНП «Хмельницька обласна лікарня» затверджуються його Директором.

Штатну чисельність КНП «Хмельницька обласна лікарня» Директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та цим Статутом порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

Працівники КНП «Хмельницька обласна лікарня» мають право брати участь в управлінні підприємством через конференції трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи КНП «Хмельницька обласна лікарня», а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування.

Конференція трудового колективу КНП «Хмельницька обласна лікарня» розглядає найважливіші питання життя та діяльності колективу. Делегати на конференцію обираються за нормами і в порядку, що визначаються трудовим колективом. Конференція вважається правомочною, якщо в ній бере участь не менш як дві третини делегатів.

Представники первинної профспілкової організації представляють інтереси працівників в органах управління КНП «Хмельницька обласна лікарня» відповідно до законодавства.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» зобов'язано створювати умови які б забезпечували участь працівників у його управлінні.

Трудовий колектив КНП «Хмельницька обласна лікарня» складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з КНП «Хмельницька обласна лікарня».

До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні КНП «Хмельницька обласна лікарня», не може обиратися Директор КНП «Хмельницька обласна лікарня». Повноваження цих органів визначаються законодавством.

Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією Підприємства регулюються колективним договором.

Право на укладення колективного договору надається Директору КНП «Хмельницька обласна лікарня», а від імені колективу – уповноваженому ним органу.

Сторони колективного договору звітують на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

Питання щодо поліпшення умов праці, життя, здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників КНП «Хмельницька обласна лікарня» та їх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства, цього Статуту та колективного договору.

Джерелами коштів на оплату праці працівників КНП «Хмельницька обласна лікарня» є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності, а також з інших джерел, не заборонених законодавством України.

Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат,

премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення Директора КНП «Хмельницька обласна лікарня» визначаються контрактом, укладеним із Засновником.

Працівники КНП «Хмельницька обласна лікарня» проводять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного Договору та посадових інструкцій згідно із законодавством.

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Хмельницька обласна лікарня» збільшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Відтак до кінця 2019 року заклад все ж мав позитивний показник рентабельності. Однак персонал підприємства зменшився, разом з тим, значно зросла середньомісячна заробітна плата. Негативним є деяке зменшення продуктивності персоналу, що, можливо, зумовлено із зменшенням відвідуваності закладу попри високий рівень захворюваності та смертності населення.

Тому подальшими перспективами розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг, для підприємства було обрано наступні ключові стратегічні напрями: забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

Висновки до розділу 2

Надзвичайно велика увага приділяється реформуванню системи спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню. Аналіз даних вказує на те, що найбільшу частку в структурі лікарень займають центральні районні лікарні (448,0 – 30,4%), міські лікарні (303- 20,5%), всі спеціалізовані лікарні (106-7,2%), а найменшу частку складають дільничні лікарні (30-2,0%) та дитячі міські лікарні (57-3,9%). За термін аналізу відбулося скорочення всіх типів лікарень крім обласних лікарень, ЦРЛ та пологових будинків. Найбільша кількість скорочена дільничних лікарень (23), міських лікарень (24) та диспансерів (10).

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Хмельницька обласна лікарня» збільшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Відтак до кінця 2019 року заклад все ж мав позитивний показник рентабельності. Однак персонал підприємства зменшився, разом з тим, значно зросла середньомісячна заробітна плата. Негативним є деяке зменшення продуктивності персоналу, що, можливо, зумовлено із зменшенням відвідуваності закладу попри високий рівень захворюваності та смертності населення.

Тому подальшими перспективами розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг, для підприємства було обрано наступні ключові стратегічні напрями: забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

3 УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ»

3.1 Використання інформаційних технологій для активізації розвитку діяльності медичного закладу

Застосування інформаційних технологій (ІТ) в системі охорони здоров'я набуває щораз більшого значення. Медична інформатика у поєднанні з організаційними змінами в закладах охорони здоров'я може сприяти наданню якіснішої медичної допомоги, одночасно зменшуючи фінансові видатки. Особливого значення набуває впровадження Медичних інформаційних систем (МІС), які допомагають автоматизувати всі аспекти діяльності лікувальної установи. Вони не лише забезпечують зберігання інформації в Електронній карті пацієнтів (ЕКП), але й допомагають здійснювати всю організаційну роботу установи.

В процесі впровадження інформаційних систем особливої уваги набувають задачі надійності збереження інформації про пацієнтів, швидкого доступу до даних, можливості взаємообміну інформацією між різними лікувальними установами та проведення статистичного аналізу зведених даних.

Інформатизація охорони здоров'я в світі розвивається високими темпами. Протягом останніх 15 років на підтримку розвитку медичної інформатики Євросоюзом було виділено 500 мільйонів євро. Зараз ця індустрія виходить на третє місце за фінансуванням у системі охорони здоров'я з загальним обігом в 11 мільярдів євро.

Прогнозується, що у 2010 році медична інформатика становитиме до 5% бюджету системи охорони здоров'я Євросоюзу.

В країнах Західної та Північної Європи електронна історія хвороби вже на 50-90 % замінила паперовий варіант документації, а в США – на 70 %. Економія часу медичного персоналу на ведення документації в електронному вигляді становить 63,4%.

Наукові дослідження, спрямовані на оцінку економічної ефективності від впровадження МІС, свідчать, що час, витрачений лікарем на кожну виписку з паперової історії хвороби, займає приблизно 4 хвилини, що в середньому за рік складає 384 години робочого часу.

При впровадженні ЕКП медсестри отримують доступ до документів пацієнта, що дозволяє зменшити час, який вони тратять на документацію і надлишковий збір даних, на 50%, а також запобігти випадковим пропускам процедур. Час, витрачений медсестрою відділення інтенсивної терапії на роботу з документацією, скоротився на 52 вилини при 8 годинному робочому дні, що складає 11 %. Зниження затрат на лікарські препарати за рахунок комп'ютеризованого вводу лікарських призначень і системи підтримки клінічних рішень складає 15% [11, 21].

Суттєво знижуються затрати на пошук даних попередніх обстежень пацієнта. Згідно досліджень, 15 % ресурсів лікувальних закладів витрачається на знаходження та збір попередніх даних. Лікарі і медсестри витрачають 25 % свого часу на пошук необхідної їм інформації.

Важливою перевагою застосування МІС є можливість зменшення кількості медичних помилок. Згідно звіту Американського інституту медицини, в США щорічно близько 44000 смертей є причиною медичних помилок. За його даними, електронна історія хвороби, яка забезпечує збір, обробку та ефективно використання медичної інформації, дозволяє не лише підняти ефективність надання медичної допомоги і знизити вартість лікування, але й зменшити кількість медичних помилок.

В країнах Західної Європи існують сотні різних комерційних медичних інформаційних систем. Одним з напрямків зниження фінансових витрат на розробку та впровадження МІС є підтримка програм з відкритим кодом (Open

Source). При цьому програми є у вільному доступі, і всі бажаючі можуть їх безкоштовно використовувати [18].

З великої кількості програм з відкритим кодом варто виділити системи, які забезпечують комплексну автоматизацію великих лікувальних установ OpenVista (<http://sourceforge.net/projects/opencvista/>) та OpenEHR (<http://www.openehr.org/home.html>).

Ці системи можуть використовуватися безпосередньо медичними установами, або впроваджуватися комерційними компаніями, які забезпечують їхню подальшу підтримку.

Так, компанія Medsphere (<http://www.medsphere.com/>) забезпечує комерційну підтримку системи OpenVista.

OpenEHR пропонує стандартизувати спосіб створення електронних медичних документів на основі так званих архетипів та шаблонів. Сьогодні він тільки починає застосовуватися у таких країнах, як Австралія, Великобританія, Швеція. В OpenEHR описано архетипи (шаблони), на основі яких вносяться всі медичні дані про пацієнта. Це дає можливість різним розробникам зберігати всі медичні дані пацієнта в пацієнт-орієнтованій архітектурі. Цей стандарт доповнюється стандартами ISO13606 і HL7. Більше 10 комерційних проектів побудовані на основі розробок OpenEHR [17].

За умови посилення співпраці різних медичних установ особливого значення набуває взаємосумісність (interoperability) різних медичних інформаційних систем.

Взаємосумісність тепер вважається основним фактором при створенні безпечного та надійного обміну медичними даними пацієнтів. Згідно визначення Американського інституту електронної інженерії (Institute of Electrical and Electronics Engineers, <http://www.ieee.org>), взаємосумісність визначається як «здатність двох чи більше систем обмінюватися інформацією та використовувати отриману інформацію».

На жаль, розвиток взаємосумісності в медичних інформаційних системах є достатньо повільним і не може бути порівняним із взаємосумісністю систем у

фінансовій та транспортній галузях. У більшості систем, які на даний момент використовуються у медичній сфері, не передбачено можливість обміну інформацією з іншими системами.

Розвиток взаємосумісності інформаційних систем буде корисним для всіх: фахівцям медикам – полегшить доступ до даних пацієнта в будь-який час, з будь-якого місця; пацієнтам – покращить якість медичної допомоги завдяки швидкому доступу до необхідних даних попередніх досліджень; керівникам медичних закладів - спростить отримання даних та покращить статистичний та економічний аналіз діяльності установ; науковцям – розширить можливості доступу до медичних даних для аналізу ефективності тих чи інших методик, а також для визначення трендів; медичній індустрії – покращить доступ на ринок багатьом компаніям; державним статистичним установам – дозволить стандартизувати і контролювати діяльність медичних закладів на загальнодержавному рівні; дозволить провадити програми і отримувати об'єктивну інформацію про їхню ефективність; спростить загальну роботу із статистикою, яка ґрунтується на діяльності багатьох медичних закладів.

Однією з передумов розвитку взаємосумісності є розвиток стандартизації в медичній інформатиці. Стандартизація дасть можливість даним, які створені в одній системі, бути доступними та повторно використовуватися в системах інших виробників, зберігаючи початкову семантику. Медичні інформаційні стандарти умовно можна розділити на 2 групи: а) термінологічні стандарти; б) стандарти обміну інформацією.

Найбільш поширеними термінологічними стандартами є LOINC, MeSH та SNOMED CT. LOINC (Logical Observation Identifiers, Names and Code <http://loinc.org/>) – логічні ідентифікатори, імена та коди спостережень. Цей стандарт був розроблений у 1994 році і використовується для передачі та зберігання результатів лабораторних досліджень. Стандарт включає 32000 термінів, які застосовуються у лабораторних тестах.

MeSH – (Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh>) – рубрифікатор медичних термінів, розроблений Американською національною

медичною бібліотекою. Складається з набору термінів та їх опису. Терміни організовані в ієрархічну структуру і допомагають здійснювати пошук різних рівнів специфіки. Використовується для індексації, каталогування та отримання доступу до світової медичної літератури в базі даних національної бібліотеки.

SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html) – систематизована номенклатура в медицині – клінічні терміни. Ця перша міжнародна клінічна термінологія була розроблена в США в 1977 році. Тепер це багатомовний словник медичної термінології, який забезпечує введення, передачу, отримання, обробку та зберігання даних про пацієнта в уніфікованому форматі. Цей стандарт є найоб'ємнішою термінологічною системою, яка включає не тільки специфічні лабораторні та діагностичні терміни, а також і значну кількість інших ключових слів. Цей стандарт вже впроваджений в понад 30 країнах світу.

Серед стандартів обміну даних найбільшого значення набули HL7 та DICOM. HL7 (Health Level 7 <http://www.hl7.org/>) – стандарт «Рівень 7» – використовується для обміну клінічною та адміністративною інформацією у системі охорони здоров'я. Розроблений в 1987 р. В США, він широко застосовується сьогодні у понад 30 країнах. Організація, яка розробляє цей стандарт, включає понад 2200 членів, серед яких понад 500 великих корпорацій. DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine <http://medical.nema.org/>) – обмін цифровими зображеннями в медицині. Цей стандарт є найважливішим глобальним індустріальним стандартом передачі та зберігання медичних зображень (рентген, МРТ, КТ, УЗД) для електронних пристроїв, які працюють з графічною інформацією. Перша версія стандарту DICOM була розроблена в 1985 році Американським коледжем радіології та Американською національною асоціацією виробників електроніки.

В США розробка стандартів медичної інформатики координується відповідними підкомітетами Американського національного інституту стандартизації ANSI, в Європі — підкомітетом TC251 Європейського комітету по стандартизації CEN.

Розробка стандартів – це прерогатива держави. Поки не будуть прийняті стандарти МОЗ для зберігання і передачі інформації, єдино правильним рішенням є розробка архітектури, орієнтованої на європейські стандарти.

В Україні протягом останніх п'яти років спостерігається незначна позитивна динаміка розвитку ринку медичних інформаційних систем. Слід відзначити, що цей ринок є ризикованим, затрати на розробку сучасних систем значно переважають економічну ефективність від присутності на ньому, тому нові розробники появляються рідко.

Значними перешкодами на шляху до інформатизації вітчизняної системи охорони здоров'я є недостатнє фінансування медичних закладів, відсутність у керівництва розуміння можливостей, які дають високі технології для підвищення якості роботи медичних закладів, та недостатня стандартизація даних та способів її обробки. Разом з цим система охорони здоров'я стикається з такими проблемами, як: підвищення вимог населення до систем охорони здоров'я; обмежений бюджет; часта зміна місця проживання пацієнтів та ін.

Застосування комплексних інформаційних систем, які дозволять організувати управління медичними закладами на сучасному рівні, суттєво підвищить не тільки якість лікування і рівень медичних послуг, але й ефективність, тобто рентабельність, використання медичних ресурсів.

Незадовільною є ситуація з інформуванням міських управлінь охорони здоров'я, санепідемстанцій та інших установ про епідеміологічну ситуацію чи поточний стан захворюваності, та наявність вільних ліжок в лікарнях тощо. Через відсутність сучасної техніки, програмного забезпечення та засобів зв'язку така інформація є неповною і запізнілою, що не дає можливості оперативно та адекватно попереджати загрози, а також реагувати на проблеми, які виникають у роботі медичних закладів.

Більшість медичних інформаційних систем, які функціонують у лікувальних закладах в даний час, є морально і фізично застарілими. Переважно вони розроблені ще 10-15 років тому, їх ніхто вже давно не підтримує і не

удосконалює. Ці системи дозволяють автоматизувати тільки підготовку звітних форм.

На сьогодні на ринку медичних інформаційних системи присутні 10-15 розробників. За кількістю впроваджень слід відзначити: «Медсистеми», СІЕТ, «Укрмедсоф», TherDep.

До українського ринку проявляють інтерес також польські (ABG), російські («Медialog») та турецькі розробники медичних інформаційних систем. Проте вартість впровадження цих систем є значно вищою, ніж у аналогічних українських систем.

Більшість систем побудовано на основі клієнт-серверної архітектури, яка забезпечує обмежену кількість функцій – переважно підготовку статистичних звітів та стандартних форм МОЗ. У цих системах ведеться електронна історія хвороби, внесення даних до яких здійснюється шляхом набору тексту або вибору фраз з довідників. Такий підхід не дає можливості в подальшому здійснювати поглиблений аналіз. Недоліком цих систем є необхідність звертатися до розробників для внесення змін у вхідні й вихідні форми.

Приємно відзначити появу на ринку вітчизняних розробників систем, які підтримують 3-рівневу архітектуру. Це «Доктор Елекс» та «МедІнфоСервіс». Ці системи орієнтовані не тільки на державні, але й на приватні медичні заклади. Вони забезпечують інтеграцію електронної карти пацієнта з різноманітним діагностичним обладнанням, а також забезпечують отримання даних безпосередньо з лабораторних аналізаторів. Внесення в електронну історію хвороби медичних даних здійснюється на основі розроблених лікарями-експертами протоколів. Це відкриває широкі можливості для подальшого всестороннього аналізу всіх даних. В цих системах є конструктор вхідних і вихідних звітних форм; вони забезпечують можливість обміну шаблонами документів.

Українські медичні інформаційні системи розроблені з врахуванням сучасних стандартів та принципів взаємосумісності медичних інформаційних систем. В основі системи лежить ідея побудови лікарських оглядів на базі

деревовидних шаблонів оглядів. Система забезпечує всі інформаційні потреби лікувально-реабілітаційного та діагностичного процесів, науково-дослідної та навчально-методичної роботи.

Робота над створенням інформаційної системи в ТзОВ «Елекс» розпочалася ще в 1990 році. Першою розробкою компанії у медичній галузі була система «Авалон», впроваджена у ряді медичних закладів України. Подальший досвід компанія «Елекс» отримала при розробці онкологічної системи для університету міста Тампа, Каліфорнія, США та великої системи для збору статистики з використанням стандарту HL7 для американського ринку. Підсумком усіх нових стала система «Доктор Елекс», розроблена на найновіших технологіях із урахуванням досвіду і знань, отриманих фахівцями компанії під час роботи над попередніми системами.

МІС дає можливість вводити в оптимальній формі, зберігати та аналізувати не тільки основні дані пацієнта, зазвичай використовувані у реєстратурі, а й усю медичну документацію, таку як скарги, анамнез життя і захворювання, дані об'єктивного обстеження, функціональної та лабораторної діагностики, антропометрії, а також дані про лікарські призначення та їх виконання впродовж перебування у лікувальній установі.

Основним компонентом зберігання даних пацієнтів в інформаційній системі є електронна медична карта, в якій накопичується вся інформація: дані лікарських оглядів, антропометричні виміри, дані відеоконтролю, щоденники динамічного спостереження стану пацієнта, виписки та результати обстежень інших клінік, мультимедійні дані (рентгенограми, проби письма, фото) та інші важливі дані про пацієнтів.

Основна медична інформація, така як дані лікарського огляду та результати лікування, вводиться в електронну карту згідно спеціально розробленої уніфікованої медичної термінології, яка організована у деревовидні шаблони огляду – ієрархічні структури, що складаються із примітивів, які формують логіку лікарського обстеження.

Система пройшла незалежне тестування і рекомендується МОЗ до впровадження в медичних закладах.

Впровадження інформаційних технологій в медицині заслуговує на безпосередню увагу керівників галузі і зацікавлених відомств.

Одним з пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях.

Це дасть можливість медичним закладам налагодити ефективний облік діяльності організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту.

3.2 Впровадження медичної інформаційної системи «МедІнфоСервіс» для розвитку діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Медична інформаційна система «МедІнфоСервіс» – програмний продукт, який охоплює автоматизацію лікувальних процесів амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних лікувальних закладів, акредитований МОЗ та підключений до електронної системи охорони здоров'я «Е-Health».

Обираючи МІС «МедІнфоСервіс» КНП «Хмельницька обласна лікарня» отримає повний функціонал для передачі електронних медичних записів до ЕСОЗ з функцією імпорту даних з «Медичної карти амбулаторного хворого» та «Медичної карти стаціонарного хворого» до електронних медичних записів, а це означає, що лікарям не потрібно робити потрійну роботу, а достатньо лише внести дані в електронну документацію з подальшою можливістю імпорту та друку документів.

МІС «МедІнфоСервіс» (рис. 3.1) вже впроваджена та успішно функціонує більш ніж у 100 медичних закладах України різних ланок надання медичної допомоги, рівнів підпорядкування та форм власності. Що дає змогу більш ніж 3000 лікарів вносити електронні медичні записи до ЕСОЗ та отримувати фінансування.

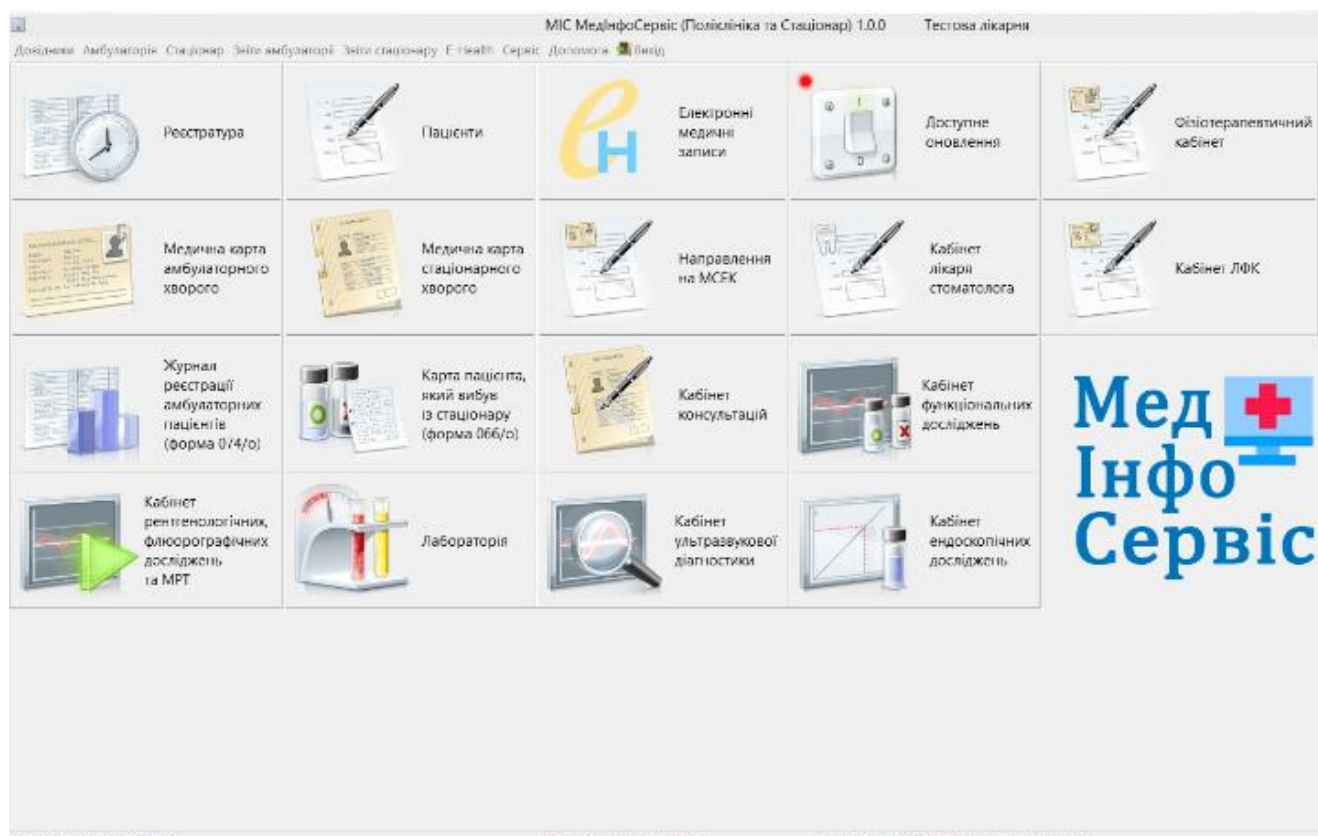


Рисунок 3.1 – Інтерфейс «МедІнфоСервіс»

Заклади, які в своїй діяльності користуються МІС «МедІнфоСервіс» одні з перших отримали повний функціонал для роботи та мають успішний досвід передачі інформації до ЕСОЗ та вчасно і в повному обсязі отримують оплату за договорами, а команда МІС «МедІнфоСервіс» використала цей час для того, щоб налаштувати контролі та обмеження для запобігання внесенню некоректних даних та уникненню помилок при звітуванні.

Відповідність вимогам нормативних документів з технічного захисту інформації підтверджена Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України від 20 лютого 2020 року №1088.

Переваги використання саме «МедІнфоСервіс»:

- підключена до ЕСОЗ з функцією імпорту даних до ЕМЗ;
- зручний в використанні і простий інтерфейс для користувачів;
- youtube канал МІС «МедІнфоСервіс» з детальними відеоінструкціями з користування, які постійно оновлюються;
- швидке реагування на звернення користувачів технічної підтримки та розробників МІС;
- потребує мінімальних витрат на встановлення та експлуатацію;
- активно розвивається та оновлюється;
- швидке впровадження змін та індивідуальний підхід до кожного клієнта;
- всі документи, які виводяться на друк можливо формувати, як в Microsoft Office, так і в безкоштовному LibreOffice.

Для запобігання помилок при внесенні інформації та полегшення роботи медичного персоналу реалізовані шаблони на заповнення текстових блоків інформації, а також на набори даних при створенні направлень та заповненні Листка лікарських призначень.

Програма містить велику кількість вкладених довідників, основними з яких є: «Аналізи та дослідження», «Огляд пацієнта», «Анамнези та скарги», «Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги ІСРС-2», «Міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду», «Австралійська модифікація МКХ-10-АМ», «Класифікатор медичних процедур та хірургічних операцій», Австралійський класифікатор медичних інтервенцій (АКМІ), «Лікарські засоби» (Державний реєстр лікарських засобів України), «Лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню» (Доступні ліки) (рис. 3.2–3.6).

Функціонал робочого місця амбулаторії охоплює низку процесів, які необхідні для повноцінного функціонування поліклінічного закладу/відділення/кабінету та включає в себе роботу онлайн та офлайн реєстратури з можливістю формування електронної черги на прийом.

The screenshot shows the 'Взаємодія' (Interaction) window in the 'МедІнфоСервіс' system. The window is divided into several sections:

- Header:** Title 'Взаємодія'.
- Form Fields:**
 - Дата початку:** 08.09.2020, 15:42
 - Дата завершення:** 08.09.2020, 15:57
 - Виконавець:** Докторенко Ірина Батьківна
 - Місце надання послуг:** Головний корпус
 - Клас:** Амбулаторна медична допомога
 - Тип епізоду:** первинний, продовження епізоду
 - Епізод:** Новий епізод
 - Тип:** Візит пацієнта в заклад
- Buttons:** 'Імпорт даних з карти амбулаторного хворого' (highlighted with a blue arrow), 'Додати паперове направлення'.
- Tables:**
 - Причини звернення:** Empty table with add, edit, and delete icons.
 - Діагнози:** Table with columns: Тип, Роль, Дата, Клінічний статус, Вид діагнозу, Тяжкість стану, Діагноз.
 - Спостереження та допоміжна інформація:** Two sub-sections: 'Спостереження' and 'Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)'. Both have add, edit, and delete icons.
 - Призначення:** Empty table with add and edit icons.
- Footer:** 'Друк' (Print), 'Реєстрація взаємодії в eHealth' (Registration of interaction in eHealth), 'Зберегти' (Save), 'Скасувати' (Cancel).

Рисунок 3.3 – Функція взаємодії в «МедІнфоСервіс»

Реалізовані наступні режими:

- огляд та скарги;
- аналізи, діагностика, скринінг, дослідження;
- ліки (електронний рецепт), маніпуляції, лікування;
- консультації спеціалістів, з можливість друку форми 028/о;
- листки непрацездатності (форма 036/о);
- адміністративні функції (видача довідок);
- щеплення;
- хірургічні операції (журнал 069/о);
- відомості щодо страхування;
- виписка з медичної карти амбулаторного пацієнта (форма 027/о).

Взаємодія з електронною системою охорони здоров'я дозволяє лікарям створювати декларації з пацієнтами, реєструвати електронні рецепти за програмою реімбурсації «Доступні ліки», виписувати/погашати електронні

направлення та вносити електронні медичні записи, використовуючи функцію імпорту даних з амбулаторної картки пацієнта.

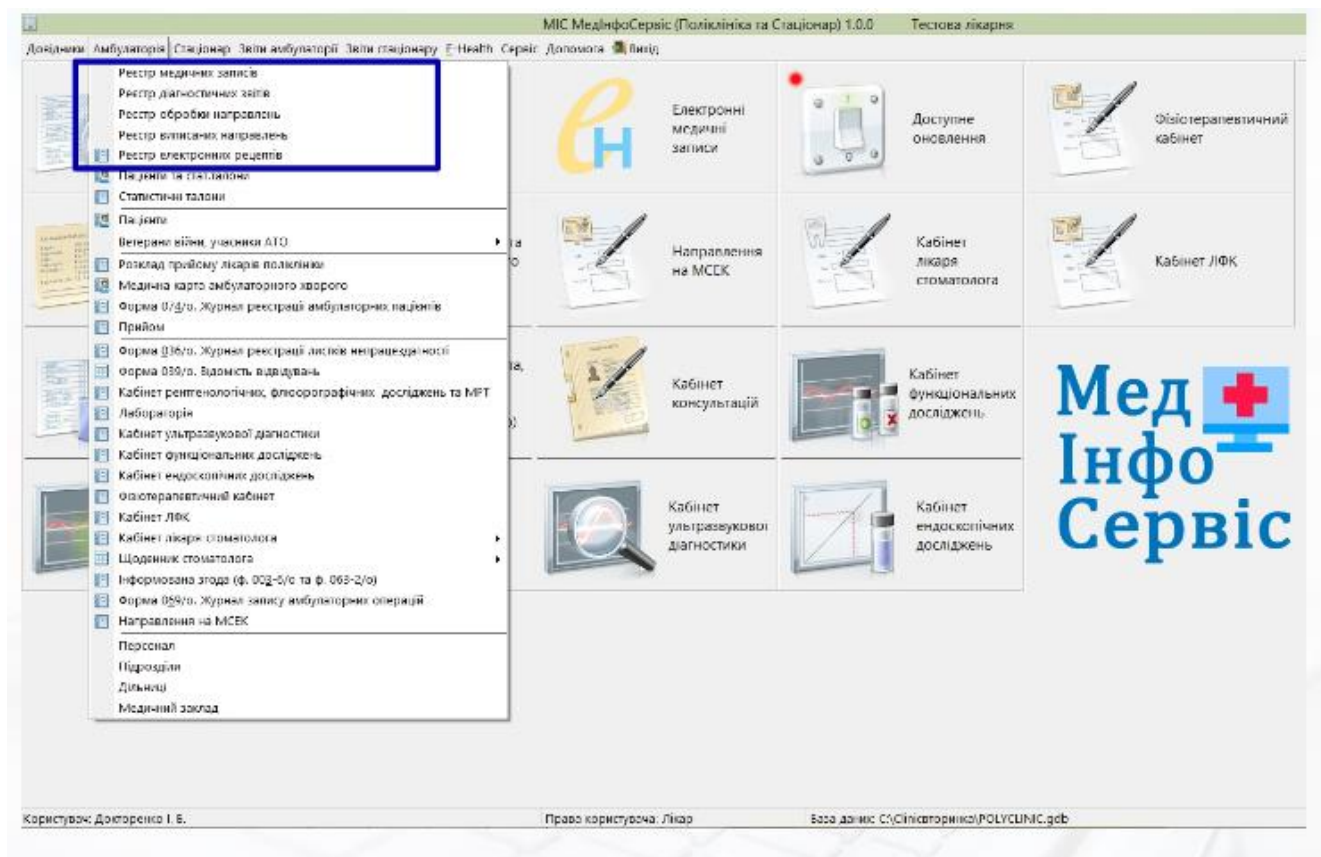


Рисунок 3.4 – Модуль взаємодії поліклініки та стационару

Функціонал робочого місця Стационар дозволяє вносити дані про пацієнта та інформацію про кожен етап лікування починаючи з приймального відділення та закінчуючи формуванням «Картки пацієнта, який вибув із стационару». В режимі автоматизації лікувального процесу реалізована «Медична карта стационарного хворого» (форма 003/о), «Історія вагітності та пологів» (форма 096/о) та «Медична карта новонародженого (форма 097/о)».

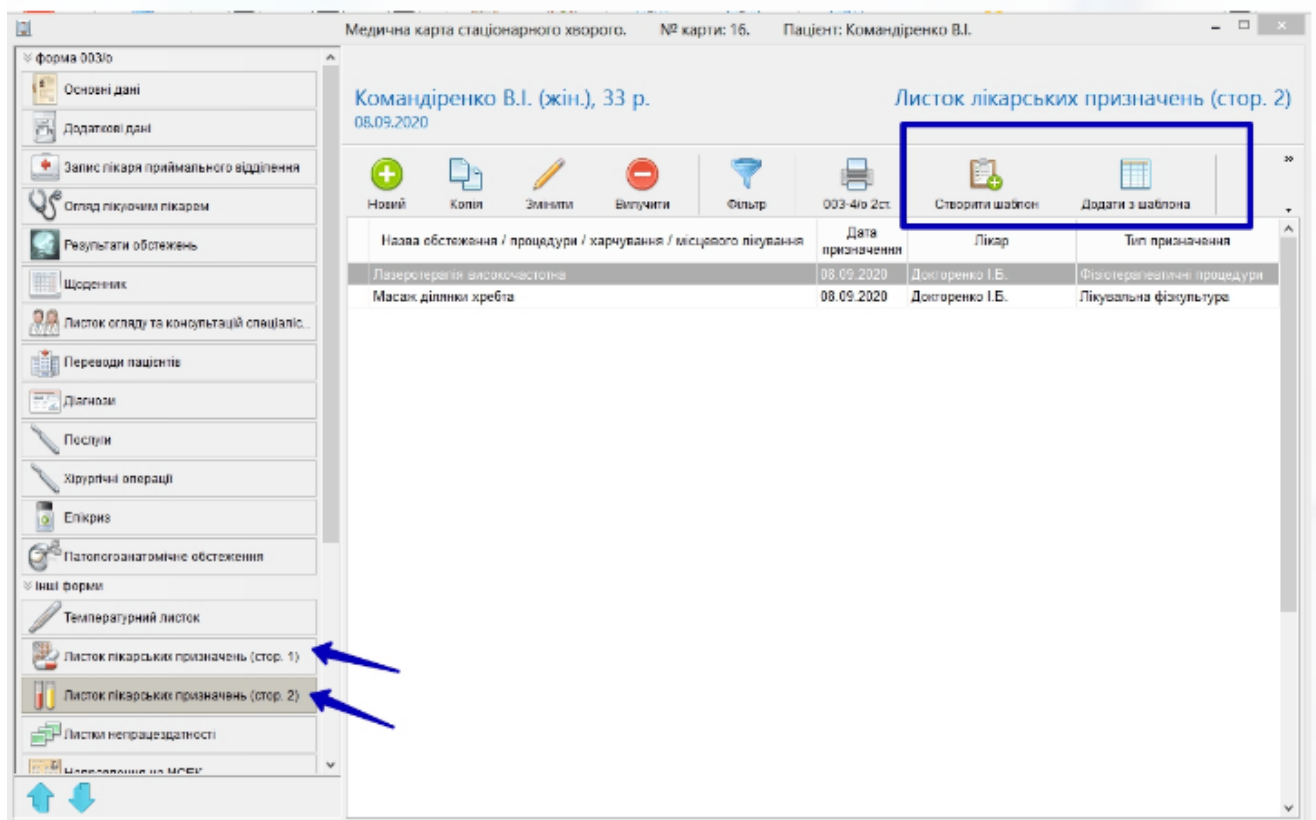


Рисунок 3.5 – Листок лікарських призначень

При веденні «Медичної карти стаціонарного хворого» Ви маєте можливість заповнення всіх необхідних даних:

- інформована згода (форма 003-6/о, форма 063-2/о);
- дані про пацієнта по формі 003/о з приймального відділення;
- запис лікаря приймального відділення;
- результати обстежень;
- щоденник;
- листок огляду та консультацій спеціалістами (форма 028/о);
- переводи пацієнтів;
- діагнози;
- хірургічні операції (форма 008/о);
- епікриз;
- патологоанатомічне обстеження;
- температурний листок (форма 004/о);
- листок лікарських призначень (форма 003-4/о);

- листки непрацездатності (форма 036/о);
- виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027/о);
- передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення (форма 003-3/о);
- листок основних показників стану хворого який знаходиться в відділенні (палаті) анестезіології і інтенсивної терапії (форма 011/о).

А також автоматичного формування:

- журналу обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (форма 001/о);
- карту пацієнта, який вибув із стаціонару (форма 066/о);
- статистичну карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару (форма 066-1/о).

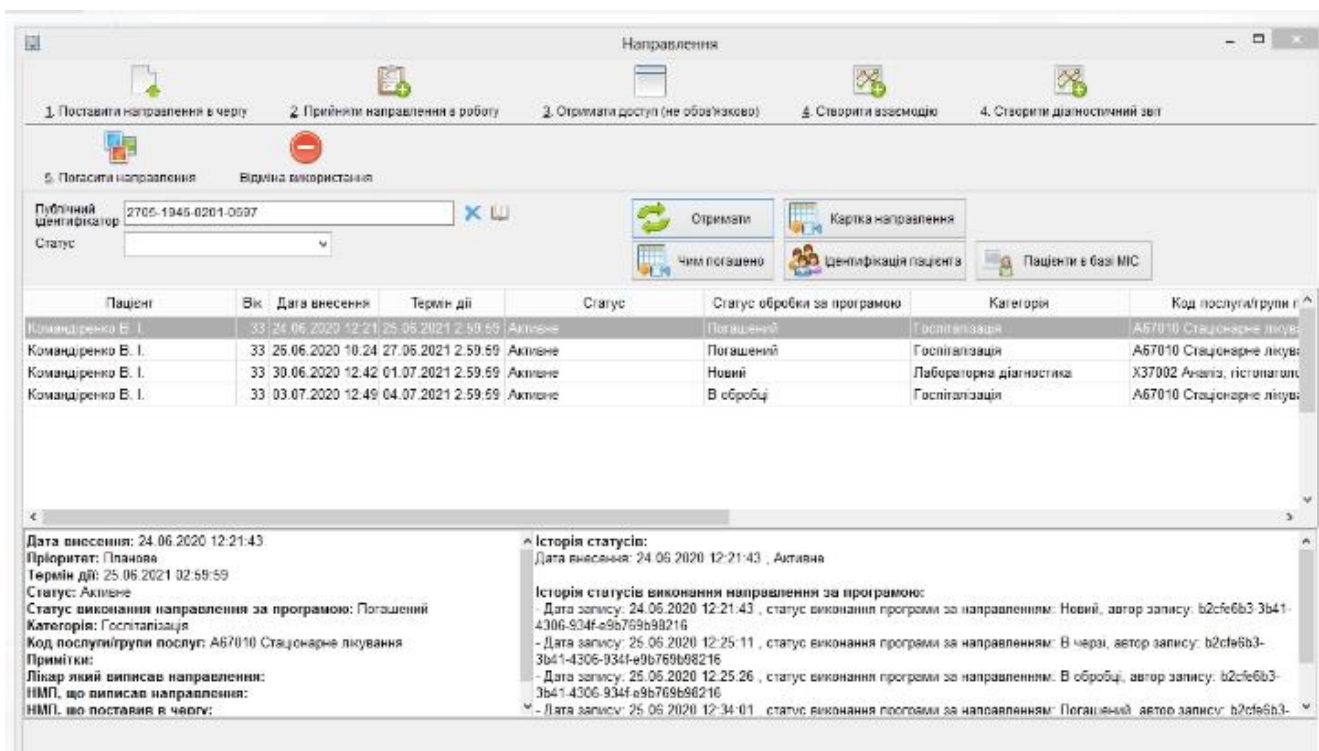


Рисунок 3.6 – Реалізація функції направлення

Велика увага приділена розділу медичної статистики - на основі інформації, яку користувачі вносять в МІС, в разі потреби можна сформувавши широкий перелік звітних форм, основними з яких є:

- форма 039 «Звіт про роботу лікарів»;
- форма 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів»;
- форма 31 таблиця 2300 «Захворюваність дітей до року»;
- форма 20 таблиця 2100 «Робота лікарів поліклініки, диспансеру, консультації»;
- форма 20 таблиця 3100 «Ліжковий фонд та його використання»;
- форма 20 таблиця 3220 «Склад хворих у стаціонарі, строки та результат лікування»;
- форма 20 таблиця 3500 «Хірургічна робота стаціонару»;
- форма 20 таблиця 3501 «Оперовано хворих»;
- форма 20 таблиця 3600 «Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару»;
- форма 20 таблиця 4503 «Склад хворих в стаціонарі (до 30 днів госпіталізації)»;
- форма 007 «Рух хворих і ліжкового фонду»;
- форма 016 «Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду»;
- форма 13 «Звіт про штучне переривання вагітності»;
- форма 21 таблиця 2211 «Захворювання, які ускладнили пологи (ускладнення пологів і післяродового періоду)»;
- форма 21 таблиця 2245 «Розподіл народжених і померлих за вагою тіла при народженні»;
- форма 21 таблиця 2250 «Захворювання та причини смерті новонароджених з масою тіла 500-999г»;
- форма 21 таблиця 2260 «Захворювання та причини смерті новонароджених масою тіла 1000 г і більше»;
- форма 21 таблиця 2270 «Ізольовані вроджені вади мультифакторіального походження та хромосомні синдроми».

Крім статистичних звітів в програмі закладено можливість формування оперативної звітної інформації по діяльності закладу, а саме:

- звіти по рідкісним (орфанним) захворюванням;
- звіт по відомості відвідувань;
- звіт по щоденнику лікаря-стоматолога;
- звіт по щоденнику стоматолога-ортодонта;
- звіт по щоденнику стоматолога-ортопеда;
- звіт та показники по смертності;
- звіт про нещасні випадки невиробничого характеру;
- списки населення за різними критеріями – вік, дільниця, адреса, контингент та іншими;
- показники роботи стаціонару;
- міжформений контроль - Форми 007 і 066;
- кількість направлених хворих;
- розробка за нозологіями;
- розподіл операцій (по відділенням, по профілям ліжок, по лікарям та інш.);
- розробка за операціями (по профілям ліжок, по відділенню, по закладу та інш.);
- розподіл виписаних хворих за місцем проживання;
- розподіл хворих (за соціальними групами, за контингентами, за травмами, за видами направлень, за віковими категоріями, за видами госпіталізації);
- результат дослідження RW;
- повторне надходження хворих;
- результат лікування хворих;
- якісні показники роботи лікарів (терапевтична спеціальність, хірургічна спеціальність);
- рівень якості лікування по відділенням;
- повторна госпіталізація;

- списки населення за різними критеріями – вік, дільниця, адреса, контингент та іншими;
- списки карт хворих, які вибули із стаціонару – за період, по лікарю, по дільниці, по віковим групам, по діагнозах та інше.

The screenshot shows the 'Лабораторія' (Laboratory) module interface. The 'Дослідження' (Research) tab is selected. The interface is divided into several sections:

- Працівник лабораторії (Laboratory worker):** Includes fields for name (Лаборантенко Л.Г.), number in the journal (2), and date of research (07.09.2020).
- Пациєнт (Patient):** Includes fields for last name (Командіренко), first name (Валентина), date of birth (16.04.1987), sex (жін.), and phone number.
- Адреса пацієнта (Patient address):** Includes fields for country (Україна), region (Черкаська), district (Черкаський), settlement (Березняки), street (Квіткова), and building/corridor/apartment.
- Текст виду дослідження (Research type text):** 'Клінічний аналіз крові: загальний аналіз, пейкоформула, ШОЕ'.
- Примітка (Note):** A text field for additional information.
- Висновок (Conclusion):** 'Результат за показниками не виходить за межі референсного значення.'
- Table of test results:**

Назва	Результат	Одиниця виміру	Референсне значення	Відмітка
Загальний аналіз (гемоглобін)		г/дл	11,7 - 15,5	-
Загальний аналіз (гематокрит)		%	35 - 45	-
Загальний аналіз (еритроцити)		млн/мкл	3,8 - 5,1	-
Загальний аналіз (лейкоцити)		тис/мкл	4,50 - 11,00	-
Загальний аналіз (тромбоцити)		тис/мкл	150 - 400	-
Загальний аналіз еритроцитарні інд		фл.	81-100	-
Загальний аналіз (середній вміст г		пг	27-34	-
Загальний аналіз (середня концен		г/дл	31-36	-
- Bottom controls:** Buttons for 'Зберегти показник' (Save indicator) and 'Скасувати' (Cancel).

Рисунок 3.7 – Інтерфейс модулю для лабораторії

Для контролю даних, які користувачі вносять в ЕСОЗ в програмі реалізовано реєстри, переглядаючи які адміністрація ЗОЗ може аналізувати інформацію для уникнення та виправлення помилок, що в результаті дозволяє в повному обсязі отримувати оплату за договорами від Національної служби здоров'я України:

- реєстр медичних записів;
- реєстр діагностичних звітів;
- реєстр виписки та погашення електронних направлень;
- реєстр електронних рецептів.

Поряд з цим МІС «МедІнфоСервіс» включає в себе набір модулів, які оптимізують та автоматизують роботу персоналу закладів охорони здоров'я – дають можливість ведення медичної документації в електронному вигляді та формування статистичної звітності на основі внесених даних.

Модуль «Лабораторія», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтах, як за направленнями так і без них, вносити результати аналізів/досліджень, що автоматично відображається в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта. Поряд з цим для полегшення роботи закладів, які використовують вузькоспеціалізовані лабораторні системи ми реалізували інтеграцію між медичною інформаційною системою «МедІнфоСервіс» та лабораторною інформаційною системою «TerraLab».

Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ дозволяє вносити дані про проведені обстеження, а також сформувати «Карту профілактичних флюорографічних досліджень» (форма 052/о) та вести «Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о).

Фізіотерапевтичний кабінет

Лікар-фізіотерапевт (медсестра): 7 Докторенко І.Б. | Номер: 1 | Пацієнт: Командиренко | Стать: жін.[2]

Дата: 08.09.2020 | Номер медичної карти: 16 | Лікуючий лікар: Докторенко І.Б. | Ім'я: Валентина | По-батькові: Іванівна | Дата народження: 16.04.1987

Лазеротерапія високочастотна

Діагноз з приводу якого хворий направлений на фізіотерапію: М42.1 Остеохондроз хребта у дорослих

Скарги хворого

Епікриз

Призначення процедур: лікуючим лікарем

Дата	Найменування процедур	Кількість	Тривалість	Доза
08.09.2020	Лазеротерапія високочастотна	10		

З якого відділення (кабінету) направлений хворий: Неврологічне

Додаткові діагнози

Місце проведення процедури: кабінет, палата, перев'язочна, вдома

Види лікування, крім фізіотерапії (у тому числі і медикаментозні)

Проведення процедур

Дата	Найменування процедур	Тривалість	Доза	Виконавець
08.09.2020	Лазеротерапія високочаст			Цибуля О.П.
09.09.2020	Лазеротерапія високочаст			Цибуля О.П.

Зберегти | Скасувати

Рисунок 3.8 – Модуль для фізіотерапевтичного кабінету

Кабінет функціональної діагностики дозволяє вести облік проведених процедур та формувати за результатами роботи «Щоденник обліку роботи кабінету функціональної діагностики» (форма 039-7/о) та «Журналу реєстрації функціональних досліджень» (форма 047/о).

Заповнення даних в Ендоскопічному кабінеті дозволяє вести записи персоналу в електронному вигляді та отримати в результаті «Щоденник обліку роботи ендоскопічного кабінету» (форма 039-6/о) та «Журналу реєстрації ендоскопічних досліджень» (форма 046/о).

Кабінет лікаря-стоматолога дозволяє вести повноцінну документацію стоматологічної поліклініки/відділення/кабінету та автоматично формувати медичну статистику, а саме:

- медичну карта стоматологічного хворого (форма 043/о);

- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) (форма 037/о);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) (форма 039-2/о);
- щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортодонта (форма 039-3/о);
- щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда (форма 039-4/о).

Для закладів, які мають в своєму складі відділення чи кабінети з реабілітації пацієнтів, в програмі реалізовано Фізіотерапевтичний кабінет та Кабінет ЛФК, з можливістю створення направлень з амбулаторної та стаціонарної карт, а також здійснення відміток та обліку виконаних процедур.

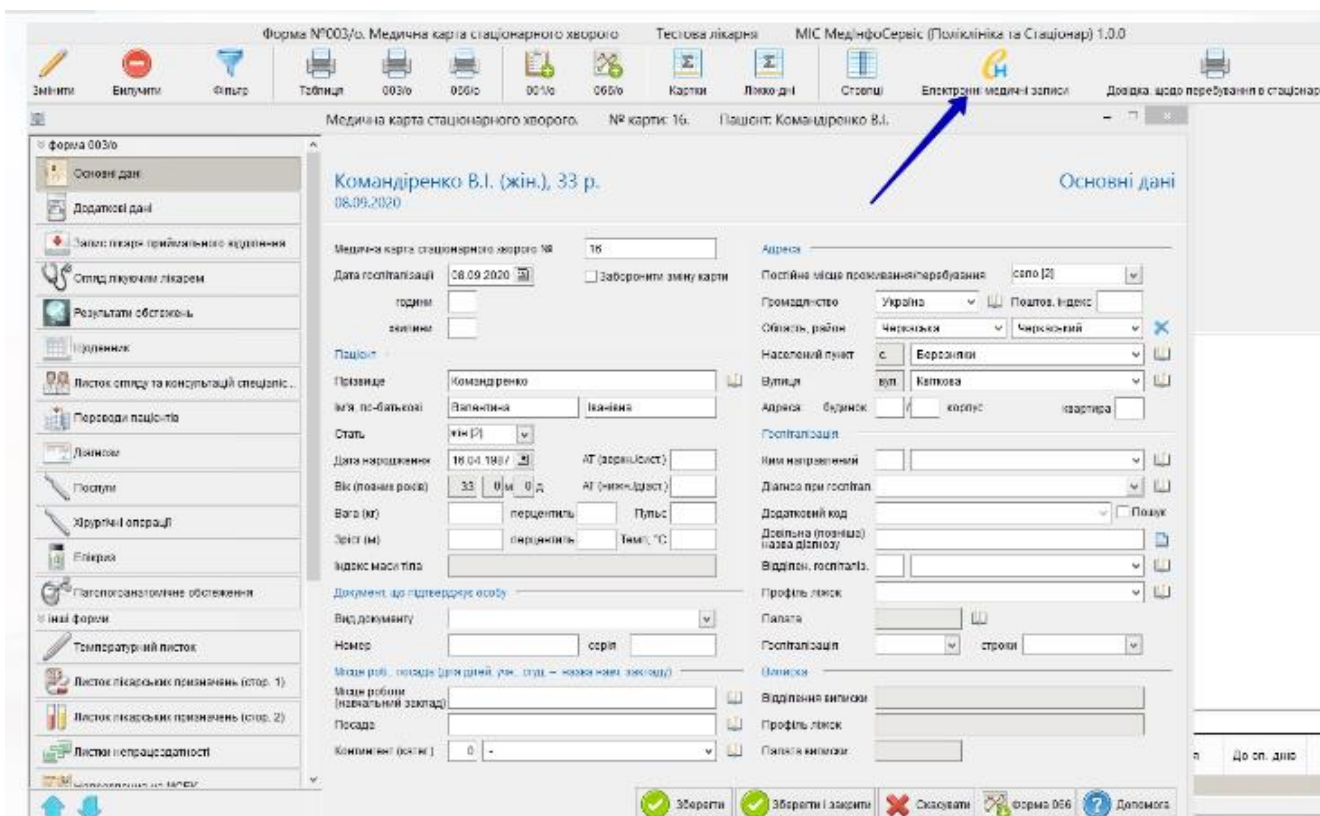


Рисунок 3.8 – Інтерфейс адміністратора

Кабінет консультацій дозволяє вести облік направлень на консультації та внесення інформації в медичні картки пацієнтів.

Поряд з налагодженою роботою з електронною системою ще однією перевагою МІС «МедІнфоСервіс» є функція імпорту даних з «Медичної карти амбулаторного пацієнта» та «Медичної карти стаціонарного хворого» до електронних медичних записів, що дає можливість лікарям уникати потрійної роботи – достатньо лише внести дані в електронну документацію з подальшою можливістю імпорту та друку документів.

МІС «МедІнфоСервіс» – проста в користуванні, зрозуміла для медичного персоналу та забезпечує стабільну і безперебійну роботу в ЕСОЗ, що надає можливість отримувати фінансування за надані послуги в повному обсязі.

3.3 Організаційні основи та економічне обґрунтування впровадження медичної інформаційної системи «МедІнфоСервіс»

Витрати на впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс» згруповані та представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Витрати на впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс»

Статті витрат	Сума, тис грн
Витрати на придбання продукту	474,00
Витрати на налаштування програмного продукту	115,50
Витрати на навчання персоналу	25,00
Разом витрат	614,500

Планується, що перераховані вище витрати будуть здійснені в 0-ий рік проекту – 2021 р.

Передбачається, що термін експлуатації програмного продукту становитиме 5 років, амортизація нараховується рівномірно.

Далі виконаємо розрахунки вихідних показників для оцінки доцільності інвестицій у проект для КНП «Хмельницька обласна лікарня» (табл. 3.2).

Таблиця 3.3 – Розрахунок вихідних показників для оцінки доцільності інвестицій у проект для ДП «Новатор»

У тис. грн

Ч.ч	Показники	Значення
1	Витрати на виконання однієї значущої операції до впровадження програми, год.	60
2	Витрати на виконання однієї значущої операції після впровадження, год	30
3	Економія робочого часу на виконання однієї операції, год	30
4	Середньомісячна кількість операцій відділу	30
5	Економія робочого часу адміністраторів, годин на місяць(4·3)	900
6	Середньомісячна зарплата одного адміністратора, грн.	12 000
7	Місячний фонд робочого часу адміністратора, годин	160
8	Витрати на оплату 1 години праці одного адміністратора, грн	75
9	Місячна економія на зарплаті адміністратора з, грн (5·8)	67 500
10	Відрахування на ЄСВ, %	22,0
11	Річна економія на оплаті праці з відрахуваннями на ЄСВ (9·1,22·12), тис.грн	988 200,00

Наступним кроком стане обчислення економічної ефективності від впровадження інформаційної системи з використанням методичного підходу оцінки ефективності інвестиційних проектів (табл. 3.3).

За допомогою розрахунків, проведених в табл. 3.3, можна визначити основні показники ефективності реалізації даного проекту з впровадження інформаційної системи в діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Таблиця 3.3 – Фінансові потоки проекту з впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс»

У тис. грн

Ч.ч	Показник	Періоди (рік)					
		0-й	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
1	Інвестиції в проект	-614,500					
2	Річна сума економії	0	988,200	988,200	988,200	988,200	988,200
3	Річна сума амортизації нематеріальних активів (614,50 / 5 = 122,90)		122,90	122,90	122,90	122,90	122,90
4	Результуючий грошовий потік 988,200 + 122,90 = 1 111,10 – для 1-го року	-614,500	1 111,10	1 111,10	1 111,10	1 111,10	1 111,10
5	Дисконтний множник $1 / (1 + 0,20)^t$, $1 / (1 + 0,20)^1 = 0,833$ – для 1-го року	1,000	0,833	0,694	0,579	0,482	0,402
6	Дисконтований грошовий потік (5·4)	-614,500	925,55	771,10	643,33	535,55	446,67

1. Обчислимо чисту теперішню вартість:

$$\begin{aligned} \text{ЧТВ} &= -614,500 + 925,55 + 771,10 + 643,33 + 535,55 + 446,67 = \\ &= -614,500 + 3\,322,20 = 2\,707,70 \text{ тис. грн} \end{aligned}$$

2. Прибутковість проекту (індекс рентабельності інвестицій) становить:

$$\text{ІД} = 2\,707,70 / 614,500 = 4,41$$

Це означає, що 1 грн стартових інвестицій в проект забезпечує одержання чистого прибутку (приведеного на момент початку реалізації проекту) в розмірі 0,441 грн.

3. Розрахуємо термін окупності інвестицій:

$$TO = 1 + 496,60 / 1\,111,10 = 1,45 \text{ (року)}$$

Таким чином, аналіз фінансових показників інвестиційного проекту з впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс» в діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня» свідчить про економічну привабливість останнього.

Величина чистої теперішньої вартості становить 2 707,70 тис. грн і більша від нуля, а це означає, що інвестування проекту є виправданим.

Висновки до розділу 3

Впровадження інформаційних технологій в медицині заслуговує на безпосередню увагу керівників галузі і зацікавлених відомств.

Одним з пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях.

Це дасть можливість медичним закладам налагодити ефективний облік діяльності організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту.

Однією з найбільш потужних МІС дозволених до впровадження МОЗ України є «МедІнфоСервіс» – комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати

роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). «МедІнфоСервіс» підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстратури та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом.

Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система «МедІнфоСервіс» може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей – повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Впровадження «МедІнфоСервіс» у діяльність КНП «ХОЛ»: значно удосконалив систему управління закладом на інноваційних засадах; забезпечить гармонійну співпрацю усього персоналу; впровадить контроль за процесом лікування; дозволить швидко знаходити потрібну інформацію; підвищить якість обслуговування пацієнтів.

Використання «МедІнфоСервіс» для КНП «ХОЛ» передбачає: новий рівень підготовки до візиту та огляду пацієнтів; спрощену процедуру розрахунків за надані послуги; зменшення понаднормового витрачання матеріалів; структуроване збереження даних медичної картки пацієнта; підвищення ефективності роботи установи.

Використання «МедІнфоСервіс» для лікарів КНП «ХОЛ» передбачає: зменшення часу на огляд із системою «розумного документообігу»; полегшує роботу з діагностичним обладнанням: запис та редагування відео і зображень; дає можливість використовувати візуальні підказки у випадку відхилення від норми; широкий спектр шаблонів оглядів; можливість друку результатів різними мовами.

Переваги використання «МедІнфоСервіс» для реєстратури КНП «ХОЛ»: централізоване збереження інформації; швидка та зручна система планування візитів; оперативне реагування на телефонні дзвінки; контроль за обслуговуванням пацієнтів; швидке формування звітів для керівництва.

Для керівника КНП «ХОЛ» застосування «МедІнфоСервіс» передбачає: оптимізацію лікувального процесу; підвищення якості обслуговування пацієнтів; моніторинг історії платежів та витрат; легкий та зручний доступ до розкладу та документації через мережу інтернет.

Прибутковість проекту (індекс рентабельності інвестицій) становить 4,41. Це означає, що 1 грн стартових інвестицій в проект забезпечує одержання чистого прибутку (приведеного на момент початку реалізації проекту) в розмірі 0,441 грн. Термін окупності інвестицій: 1,45 року.

Таким чином, аналіз фінансових показників інвестиційного проекту з впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс» в діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня» свідчить про економічну привабливість останнього. Величина чистої теперішньої вартості становить 2 707,70 тис. грн і більша від нуля, а це означає, що інвестування проекту є виправданим.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження з питань управління розвитком діяльності медичного закладу дали змогу зробити такі висновки:

У сучасних умовах господарювання проблеми, пов'язані з управлінням розвитком підприємства, набули особливої актуальності. Зовнішніми спонукальними мотивами стали загальносвітові процеси, зокрема тенденції до глобалізації та корпоратизації світової економіки. Внутрішні мотиви об'єктивно виникли в результаті змін умов функціонування підприємств, що призвело до необхідності розробки нових сучасних стратегії розвитку підприємств, які є базисом для успішної діяльності підприємств.

Завдяки дослідженню існуючих методологічних підходів до управління розвитком підприємства визначено, що найбільш ефективним для вирішення проблем управління розвитком підприємства є використання сучасних концепцій менеджменту, які застосовують взаємодію процесного, системного, ситуаційного, цільового, синергетичного та кумулятивного підходів. У контексті управління розвитком підприємства особливого значення набуває вивчення практичних аспектів запровадження означено механізму на вітчизняних підприємствах сфери охорони здоров'я.

Всупереч новим виклики і реформаційним змінам трансформація медичної системи уповільнюється, оскільки медичні заклади є досить консервативним елементом системи охорони здоров'я. Функціонуючи на ринку медичних послуг, заклади охорони здоров'я для підтримки конкурентоспроможності мають враховувати фактори впливу ендогенного та екзогенного характеру пов'язані з реформуванням галузі та процесами децентралізації, до яких слід віднести: змінити методи планування та організації діяльності медичних закладів; впровадження нових моделей управління; застосування сучасних форм оплати медичних послуг; новаторство в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); інноватизація інформаційно-аналітичного

забезпечення; підвищити професійний рівень кадрового потенціалу; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

Сьогодні в Україні прийшов час глибокого аналізу та розуміння значення медичного і соціального здоров'я не тільки на рівні його сприйняття як проблеми суспільства загалом, а й на індивідуальному рівні. Це спонукає до необхідності здійснення адекватних сучасним трансформаційним змінам якісно нових інноваційних заходів зі створення системи охорони здоров'я на принципово нових для цієї галузі ідеях розвитку.

У складі сучасних моделей менеджменту особливе місце посідає корпоративна модель, яка реалізує соціальні риси корпоратизму і здатна об'єднати зусилля багатьох суб'єктів у досягненні соціальних цілей суспільства.

Визначення змісту й специфіки відносин у системі «місцева влада – галузь охорони здоров'я – підприємства та організації, які формують чинники фізичного, психологічного, духовного і соціального здоров'я – органи самоврядування і громадські організації – члени територіальної громади» як споживачі послуг системи охорони здоров'я і безпосередні носії здоров'я дозволить сформувати, реалізувати і постійно вдосконалювати усю сукупність процесів забезпечення, відновлення і підтримки здоров'я населення України, починаючи з територіального рівня.

У більшості розвинених країн фінансування і доходи постачальників послуг залежать від обсягу та якості послуг, переважно на основі вільного вибору споживача, а не на підставі бюрократичних уподобань. Лікарні та медичні працівники матимуть управлінські й фіскальні повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому за ними повинна залишитися відповідальність за витрати державних грошей. Важливо також, що вони зможуть диверсифікувати свої джерела доходів на додаток до державних виплат (наприклад, завдяки новим медичним послугам, таким як пластична хірургія, або ширшому залученню послуг приватних страхових компаній у майбутньому).

Автономію закладів охорони здоров'я потрібно збільшити у трьох основних сферах: фінансове управління, делегування управлінських повноважень і планування розвитку послуг.

Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямі, зокрема визначити ступінь делегованих повноважень, розробити законодавство, переглянути систему фінансового управління, створити систему контрагування та оцінювання результатів, визначити кадрову політику і перехідні умови, здійснити відбір і підготовку управлінців. Успіх тут потребує командного підходу, що передбачає участь усіх можливих партнерів та бенефіціарів.

Для пошуку альтернативних джерел доходу, шляхів зниження витрат зі збереженням високої якості послуг необхідно постійно створювати умови для розвитку платних медичних послуг. Ці послуги дадуть можливість бюджетній медичній установі легально отримувати дохід від медичної діяльності. Через платні послуги пацієнти отримують у комфортніших умовах якіснішу медичну допомогу, причому за нижчими цінами, ніж у комерційних клініках.

Надзвичайно велика увага приділяється реформуванню системи спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню. Аналіз даних вказує на те, що найбільшу частку в структурі лікарень займають центральні районні лікарні (448,0 – 30,4%), міські лікарні (303- 20,5%), всі спеціалізовані лікарні (106-7,2%), а найменшу частку складають дільничні лікарні (30-2,0%) та дитячі міські лікарні (57-3,9%). За термін аналізу відбулося скорочення всіх типів лікарень крім обласних лікарень, ЦРЛ та пологових будинків. Найбільша кількість скорочена дільничних лікарень (23), міських лікарень (24) та диспансерів (10).

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Хмельницька обласна лікарня» збільшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Відтак до кінця 2019 року заклад все ж мав позитивний показник рентабельності. Однак персонал підприємства

зменшився, разом з тим, значно зросла середньомісячна заробітна плата. Негативним є деяке зменшення продуктивності персоналу, що, можливо, зумовлено із зменшенням відвідуваності закладу попри високий рівень захворюваності та смертності населення.

Тому подальшими перспективами розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг, для підприємства було обрано наступні ключові стратегічні напрями: забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

Впровадження інформаційних технологій в медицині заслуговує на безпосередню увагу керівників галузі і зацікавлених відомств.

Одним з пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях.

Це дасть можливість медичним закладам налагодити ефективний облік діяльності організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту.

Однією з найбільш потужних МІС дозволених до впровадження МОЗ України є «МедІнфоСервіс» – комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). «МедІнфоСервіс» підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстратури та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом.

Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система

«МедІнфоСервіс» може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей – повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Впровадження «МедІнфоСервіс» у діяльність КНП «ХОЛ»: значно удосконалив систему управління закладом на інноваційних засадах; забезпечить гармонійну співпрацю усього персоналу; впровадить контроль за процесом лікування; дозволить швидко знаходити потрібну інформацію; підвищить якість обслуговування пацієнтів.

Використання «МедІнфоСервіс» для КНП «ХОЛ» передбачає: новий рівень підготовки до візиту та огляду пацієнтів; спрощену процедуру розрахунків за надані послуги; зменшення понаднормового витрачання матеріалів; структуроване збереження даних медичної картки пацієнта; підвищення ефективності роботи установи.

Використання «МедІнфоСервіс» для лікарів КНП «ХОЛ» передбачає: зменшення часу на огляд із системою «розумного документообігу»; полегшує роботу з діагностичним обладнанням: запис та редагування відео і зображень; дає можливість використовувати візуальні підказки у випадку відхилення від норми; широкий спектр шаблонів оглядів; можливість друку результатів різними мовами.

Переваги використання «МедІнфоСервіс» для реєстратури КНП «ХОЛ»: централізоване збереження інформації; швидка та зручна система планування візитів; оперативне реагування на телефонні дзвінки; контроль за обслуговуванням пацієнтів; швидке формування звітів для керівництва.

Для керівника КНП «ХОЛ» застосування «МедІнфоСервіс» передбачає: оптимізацію лікувального процесу; підвищення якості обслуговування пацієнтів; моніторинг історії платежів та витрат; легкий та зручний доступ до розкладу та документації через мережу інтернет.

Прибутковість проекту (індекс рентабельності інвестицій) становить 4,41. Це означає, що 1 грн стартових інвестицій в проект забезпечує одержання чистого

прибутку (приведеного на момент початку реалізації проекту) в розмірі 0,441 грн.
Термін окупності інвестицій: 1,45 року.

Таким чином, аналіз фінансових показників інвестиційного проекту з впровадження інформаційної системи «МедІнфоСервіс» в діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня» свідчить про економічну привабливість останнього. Величина чистої теперішньої вартості становить 2 707,70 тис. грн і більша від нуля, а це означає, що інвестування проекту є виправданим.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Передерієнко Н. І. Сутнісно-змістовна характеристика процесів управління розвитком підприємств / Н. І. Передерієнко, Я. В. Котляревський // Наукові записки [Української академії друкарства]. — 2012. — № 2. — С. 103—111.
2. Раєвська О.В. Управління розвитком підприємства: методологія, механізми, моделі: монографія / О.В. Раєвська. — Х.: ВД "ІНЖЕК", 2006. — 496 с.
3. Хамініч С.Ю. Управління підприємством на засадах освітнього потенціалу: монографія / С.Ю. Хамініч. — Д.: Видво ДНУ, 2006. — 288 с.
4. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: Современное написание: в 4 т. / В.И. Даль. — М., 2001. — Т. 4 Р&Я. — 11-44 с.
5. Бурмака М.М. Управління розвитком підприємства на прикладі підприємств будівельної галузі): монографія / М.М. Бурмака, Т.М. Бурмака. — Харків: ХНАДУ, 2011. — 204 с.
6. Пащенко О.П. Стратегічне управління розвитком підприємства / О. П. Пащенко // Вісник Хмельницького національного університету. — 2011. — № 2. — Т.2. — С. 99—103.
7. Гаркуша О.Ю. Концептуальний підхід до формування механізму управління розвитком виноробного підприємства / О.Ю. Гаркуша // Вісник Херсонського державного університету. — 2014. — Вип. 6. — Ч. 2. — С. 128—133.
8. Бутко М. П., Колоша В. П., Попело О. В. Особливості локалізації економічного простору регіонів в умовах децентралізації владних повноважень. Економіка України. 2019. № 1. С. 60–74.
9. Бутко М., Тульчинський Р. Принципи становлення нового регіоналізму з використанням системного підходу. Проблеми і перспективи економіки та управління: науковий журнал. 2018. № 2 (14). С. 49–56.

10. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. 2014. № 3. С. 136–142.

11. Дмитрук О. В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. Приазовський економічний вісник. 2018. Вип. 5(10). С. 182–186. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf.

12. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.

13. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75–79.

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

15. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. URL:

<http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>.

16. Науковий Менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovoinnovatsijnyj-menedzhment>.

17. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? URL: <http://yurgazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>.

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

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

20. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. Український медичний часопис. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584>.

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

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

23. Дейкун М. П. З досвіду логіко-математичного обґрунтування вибору варіанта моделі системи охорони здоров'я великого міста / М. П. Дейкун // Лікар, справа. - 2000. - № 6. - С. 117-120.

24. Конституція України: прийнята 28 червня 1996 р. - К. : Юрид. думка, 2006.- 120 с.

25. Москаленко В. Ф. Здоров'я населення і проблеми охорони здоров'я у світі та Європі: стан питання та тенденції / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. - 2003. - № 4 (11). - С. 5 - 8.

26. Радиш Я. Рівень здоров'я громадян України - як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я / Я. Радиш // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. - 2003. - №3.-С. 306-315.

27. Рингач Н. Роль чинників, пов'язаних зі здоров'ям, у Стратегії Національної безпеки України та пріоритети державного управління / Н. Рингач // 36. наук. пр. НАДУ. - 2007. - № 2. - С. 293 - 304.

28. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія /І. В. Рожкова. - К.: Фенікс, 2009.-384 с.

29. Соціальні індикатори життєвого рівня населення Одеської області: стат. зб. - О. : Держкомстат України, 2007. - 65 с.

30. Соціальні ініціативи Президента України. - Режим доступу : www.president.gov.ua.

31. Шипко А. Ф. Упровадження здоров'язберігаючих технологій в практику діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування / А. Ф. Шипко // Актуал. пробл. держ. упр. : зб. наук. пр. - Д. : ДРІДУ НАДУ. - 2008. - № 4 (34). - С. 56 - 62.

32. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [<http://moz.gov.ua>].

33. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я / О. В. Бобришева // Вісник Дніпропетровського університету. Серія “Економіка”. – 2014. – Вип. 8–2. – С. 12–18.

34. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) № 10-рп/2002 від 29 травня 2002 р., справа № 1-13/2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [<http://zakon.rada.gov.ua>].

35. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 752 / Міністерство охорони здоров'я України // Офіційний вісник України. – 2012. – № 94. – Ст. 3830.

36. Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 серпня 2013 року № 693 / Міністерство охорони здоров'я України // Офіційний вісник України. – 2013. – Ст. 2986.

37. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 вересня 2013 року № 795 /

Міністерство охорони здоров'я України // Офіційний вісник України. – 2013. – Ст. 2883.

38. Рижкова Є. Ю. Правові аспекти регламентації контролю якості надання медичних послуг / Є. Ю. Рижкова // Право і суспільство. – № 1–2. – 2014. – С. 162–167.

39. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я. Департамент з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [<http://moz.gov.ua>].

40. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 року // Офіційний сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [<http://zakon5.rada.gov.ua>]. 10. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. // Офіційний сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [<http://zakon5.rada.gov.ua>].

41. Смотров О. І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Національний університет внутрішніх справ. – Харків, 2003. – 18 с.

42. Тихомиров А. В. Медицинское право: практ. пособ. / А. В. Тихомиров. – М.: Статут, 1998. – С. 408.13. Чехун О. В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О. В. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 213–215.

43. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.

ДОДАТКИ