

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра  
Освітній рівень

на тему: «Підвищення ефективності діяльності медичного закладу  
(на прикладі КП «ХМЛДЦ», м. Хмельницький)»

ДРБА.00000.02.12.00

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

Виконала студентка 2 курсу,  
група МО (в,мб) з-2

\_\_\_\_\_

В.С. Машевська

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

\_\_\_\_\_

О.М. Баксалова

Нормоконтролер

\_\_\_\_\_

До захисту допускаю

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

\_\_\_\_\_

Н.М. Тюріна

\_\_\_\_\_ грудня 2020 р.

Хмельницький, 2020

## АНОТАЦІЯ

Машевська В. С. «Підвищення ефективності діяльності медичного закладу (на прикладі КП «ХМЛДЦ», м. Хмельницький)». Керівник роботи к-т.екон.н., доц. кафедри ЕМА Баксалова О.М. Дипломна робота магістра: 130 с., 26 рисунків, 21 таблиця, 52 джерела посилання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** УПРАВЛІННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ, ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ.

Досліджено теоретико-методичні основи управління підвищенням ефективності діяльності медичного закладу. Розглянуто сутність поняття ефективності діяльності підприємства, фактори її підвищення та методи оцінювання. Визначено особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Окреслено проблеми ефективного управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я

Виконано аналіз ефективності діяльності комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Визначено та обґрунтовано запровадження використання інструменту інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг, налагодження нетворкінгу та комунікації в межах використання інструменту інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг КП «ХМЛДЦ» та розробку та використання математичної моделі обчислення рівня якості медичних послуг.

---

(підпис та ПІБ)

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

## ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	7
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПІДВИЩЕННЯМ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	9
1.1 Сутність поняття ефективності діяльності підприємства, фактори її підвищення та методи оцінювання	9
1.2 Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я	24
1.3 Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я	29
Висновки до першого розділу	41
2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»	40
2.1 Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності	40
2.2 Загальна характеристика підприємства	49
2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства	54
2.4 Аналіз структури майна та рівня матеріально-технічного забезпечення підприємства	56
2.5 Аналіз ефективності функціонування КП «ХМЛДЦ»	66
Висновки до другого розділу	75
3 ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР» ЧЕРЕЗ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	77
3.1 Використання інструменту інформаційного забезпечення в	77

управлінні якістю медичних послуг	
3.2 Налагодження нетворкінгу та комунікації в межах використання інструменту інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг КП «ХЛМДЦ»	98
3.3 Розробка та використання математичної моделі обчислення рівня якості медичних послуг	105
Висновки до третього розділу	114
ВИСНОВКИ	116
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	120
ДОДАТКИ	125

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І  
ТЕРМІНІВ

АЗП/СМ – Амбулаторія загальної практики / сімейної медицини

АПЗ – Амбулаторно-поліклінічні заклади

ВІЛ – Вірус імунодефіциту людини

ВМНЗ – Вищий медичний навчальний заклад

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДВОЗ – Державні витрати на охорону здоров'я

ДЛ – Дільнична лікарня

ДОЛ – Дитяча обласна лікарня

ДТП – Дорожньо-транспортна пригода

ЕМД – Екстрена медична допомога

ЄС – Європейський Союз, до якого входять 27 країн Європи

ЗВОЗ – Загальні витрати на охорону здоров'я

ЗМІ – Засоби масової інформації

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

ЗП/СМ – Загальна практика / сімейна медицина

ЗП/СМ – Лікар загальної практики/ сімейної медицини

ІКТ – Інформаційно-комунікаційні технології

ІМТ – Індекс маси тіла

ІТС – Інформаційно-телекомунікаційна система

КДЦ – Консультативно-діагностичний центр

КП – Клінічні протоколи

КСЗІ – Комплексна система захисту інформації

КУ – Комунальна установа

ЛЗ – Лікарський засіб

ЛЗП/СЛ – Лікар загальної практики – сімейний лікар

ЛІЛ – Лікарня інтенсивного лікування

ЛПЗ – Лікувально-профілактичні заклади

ЛШМД – Лікарня швидкої медичної допомоги  
МІС – Медична інформаційна система  
МЛ – Міська лікарня  
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я  
НРОЗ – Національні рахунки охорони здоров'я  
ОКЛ – Обласна клінічна лікарня  
ОЛ – Обласна лікарня  
ОТГ – О'єднана територіальна громада  
ПМСД – Первинна медико-санітарна допомога  
РЛ – Районна лікарня  
СЕС – Санітарно-епідеміологічна станція  
СЛА – Сімейна лікарська амбулаторія  
ТМД – Третинна медична допомога  
ТМО – Територіальне медичне об'єднання  
УЗД – Ультразвукове дослідження  
УКПМД – Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги  
УОЗ – Управління охорони здоров'я  
ФАП – Фельдшерсько-акушерський пункт  
ФП – Фельдшерський пункт  
ЦГЗ центр громадського здоров'я  
ЦЗ Центр здоров'я  
ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги  
ЦРЛ – Центральна районна лікарня

## ВСТУП

Донедавна в системі охорони здоров'я переважали адміністративні методи управління, які на фоні фінансування стали основою екстенсивного розвитку медичних закладів.

В час ринкової економіки такий шлях розвитку вичерпав свої можливості, оскільки система, яка практично не використовує економічні важелі, інструменти та стимули до пошуку нових типів медичних закладів, альтернативних форм надання методичної допомоги, підвищення якості профільних послуг тощо, формує підґрунтя посилення диспропорцій та нарощування медичних, соціальних і, врешті, економічних втрат [9].

Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні установ охорони здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Вони відрізняються від державних закладів більш гнучким управлінням, свободою у прийнятті управлінських та фінансових рішень.

Проте, до якого б типу закладів не належала установа охорони здоров'я, необхідною умовою її існування є активне застосування системи ефективних методів управління, адаптованих до специфіки охорони здоров'я як об'єкта економічного регулювання.

Аналіз досліджень і публікацій та невирішені частини проблеми. Теоретичні та практичні аспекти підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я та його значення для економічного зростання розглянуто у наукових працях багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених, наприклад, у роботах: В. А. Грабовського, О. В. Дмитрука, В. М. Лехан, О. А. Мартинюка, Л. А. Мельника, Г. О. Слабкого, С. О. Смирнова, Л. С. Стефанишина, Л. І. Федулової, З. В. Юринця, Т. М. Ямненка.

Проте, не зважаючи на активні наукові пошуки і певні здобутки, ще недостатньо уваги приділено проблемам ефективного управління закладами

охорони здоров'я на мікрорівні, що базується на застосуванні економічних методів і потребують подальшого дослідження саме у цьому напрямі.

Метою роботи є розвиток теоретичних основ управління діяльністю медичного закладу та розробка практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності його функціонування.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити та розвинути теоретико-методичні засади управління ефективністю діяльності медичного закладу;
- провести комплексний аналіз фінансово-господарської діяльності комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»;
- розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності функціонування комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Об'єкт дослідження – процеси управління ефективністю діяльності медичного закладу.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти управління підвищенням ефективності діяльності 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 130 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та містить список використаних джерел із 52 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 266 рисунками і містить 21 таблицю.

130 с., 26 рисунків, 21 таблиця, 52 джерела посилання.

# **1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПІДВИЩЕННЯМ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

## **1.1 Сутність поняття ефективності діяльності підприємства, фактори її підвищення та методи оцінювання**

Розвиток економічної науки нерозривно пов'язаний з вирішенням проблем ефективного та безперервного функціонування підприємств. При цьому перед підприємствами постає непросте завдання не лише підтримувати вже досягнутий рівень своєї діяльності, але й прагнути досягти достатньо високих результатів, забезпечуючи ефективність господарської діяльності, приймаючи виважені управлінські рішення, створюючи підстави для формування системи економічної безпеки тощо. Оцінка ефективності виробничої діяльності, управлінських рішень, витрат економічних ресурсів, а також конкретні технології та засоби забезпечення ефективного функціонування підприємств становлять особливий інтерес як для вчених, так і для економістів-практиків. Саме цим пояснюється актуальність питань, пов'язаних з дослідженням сутності та видів ефективності господарської діяльності суб'єктів господарювання відповідно до умов сьогодення.

Проблема ефективності виробництва, діяльності, роботи, функціонування підприємств завжди посідала важливе місце серед актуальних проблем економічної науки. Зацікавленість нею виникає на різних рівнях управління економікою – від керівників підприємств чи їх структурних підрозділів до керівників держави. Незаперечним фактом є те, що ефективність – це складна, багатогранна, комплексна категорія. На думку більшості науковців ефективність є однією з найскладніших категорій сучасної економічної науки [1]. Крім того, категорія ефективності розвивалася у часі і має тривалу та складну історію

становлення. Проаналізувавши існуючі на сьогодні визначення категорії «ефективність», можна виділити два основні підходи до її визначення (рис. 1.1).

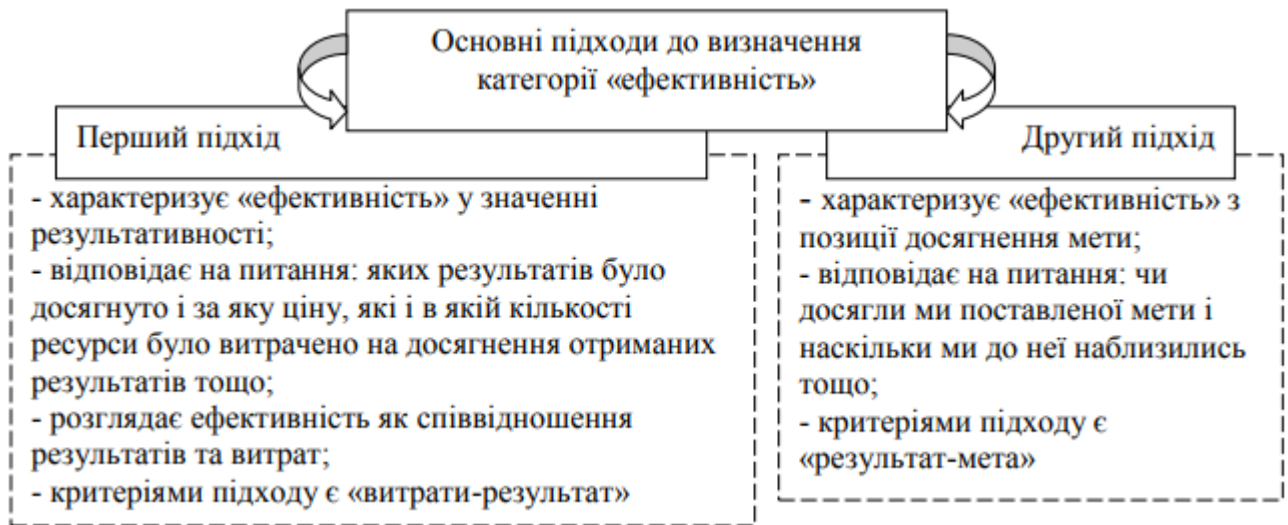


Рисунок 1.1 – Основні підходи до визначення категорії «ефективність»

Розглянемо обидва підходи детальніше. Тлумачення категорії «ефективність» згідно з першим підходом наведено в таблиці 1.1, а відповідно до другого підходу – в таблиці 1.2.

Як бачимо, функція досягнення мети має важливе значення при визначенні ефективності. Підхід до розгляду «ефективності» з позиції досягнення мети не суперечить підходу до розгляду «ефективності» в значенні результативності, проте він має більш складний характер, а критеріями цього підходу є відповідність фактичного результату поставленій меті як характеристики якості отриманого результату.

В економічній літературі запропоновано безліч концептуальних підходів до оцінки економічної ефективності господарської діяльності.

Герчикова І. Н. пропонує розраховувати ефективність щодо реальних витрат виробництва. При цьому вона вважає, що ефективність слід визначати за рентабельністю активів, власного та позикового капіталу [13].

Таблиця 1.1 –Тлумачення категорії «ефективність» згідно з першим підходом в значенні результативності

Автор	Трактування
В. Петті, Ф. Кене [1]	Категорія «ефективність» розглядалася в значенні результативності в XVII ст. представниками класичної політекономії
Д. Рікардо [1]	Категорію «ефективність» визначив як «відношення отриманого результату до певного виду витрат»; саме з того часу вона набула статус самостійної економічної категорії
В. Паретто, Й. Шумпетер [2]	Під «ефективністю» розуміли відношення витрат і результатів
К. Макконелл, С. Брю [3]	Відзначили, що ефективність характеризує зв'язок між кількістю одиниць обмежених ресурсів, які використовуються в процесі виробництва, та отриманою в результаті кількістю певного потрібного продукту
М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоурі [4]	Вважають, що ефективність у цілому характеризується співвідношенням між обсягом виробництва продукції і необхідними для її виготовлення ресурсами, тобто визначається як внутрішній параметр функціонування підприємства, віддзеркалюючи ефективність використання ресурсів
Х. Лібенштайн, С. Фішер, Р. Дорнбуш, Р. Шмалензі [5]	Оцінюють ефективність як зовнішнє поняття, яке враховує розподіл ресурсів
Т.С. Хачатуров [6, с.22]	Визначив категорію «ефективність» як «відношення економічного або соціального ефекту до потрібних для його досягнення витрат»
Сучасний міжнародний стандарт управління ISO : 9000:2000 [7, с.3140]	Розглядає ефективність як співвідношення між досягнутим результатом і використаними ресурсами, що свідчить про ресурсний підхід до визначення категорії «ефективність»

Шермет А. Д. і Сайфулін Р. С. пропонують визначати ефективність авансованих ресурсів і ефективність спожитих ресурсів, а також оборотність і рентабельність коштів або їх джерел [14].

Єфімова О. В. приходять до висновку, що ефективність доцільно визначати за рентабельністю використаного капіталу, причому у разі залучення позикових засобів треба враховувати також фінансові витрати (відсотки). Прибуток для визначення рентабельності слід брати той, що залишається у розпорядженні підприємства, тобто чистий [15].

Таблиця 1.2 – Тлумачення категорії «ефективність» згідно з другим підходом з позиції досягнення мети

Автор	Трактування
Основоположники праксеології, зокрема Я. Зеленецький [8]	Основи цього підходу були закладені в кінці ХІХ ст. в новій області соціологічних досліджень –у праксеології, яка розглядає способи діяльності з точки зору їх ефективності. Ефективною вважалася діяльність результативна, продуктивна або плідна (що досягає поставленої мети), правильною, точною, адекватною (що максимально наближається до заданої зразком норми), чистою (що максимально уникає непередбачених наслідків і непотрібних додаткових включень), надійною (оскільки прийоми діяльності тим більш надійні, чим більше об'єктивна можливість досягнення цими прийомами наміченого результату) і послідовною. При цьому ефективність, вигідність і економічність є основними критеріями ефективної діяльності
Д. Хан [9]	Розглядає «ефективність» як вміння правильно робити накреслення
П. Друкер [10]	Вважає, що результативність є наслідком певних процесів, виконання функцій, завдань, досягнення цілей, а ефективність – наслідком правильності таких дій, причому як перше поняття, так і друге є однаково важливими
А.Д. Виварець, Л.В. Дістергефт [11]	Стверджують, що у найбільш загальному сенсі ефективність будь-якого процесу, будь-якого виду діяльності характеризує ступінь досягнення поставленої мети
Е. Долан [1]	Визначає «ефективність» як вибір вірних цілей, на яких фокусується вся енергія підприємства
Ю.П. Сурмін [12]	Визначає ефективність як показник успішності функціонування системи для досягнення встановлених цілей

Шмален Г. одним з основних критеріїв оцінки діяльності підприємства в умовах ринкової економіки вважає економічність, під якою автор розуміє отримання певного результату при найменших витратах або заданому обсязі витрат. Основними показниками діяльності підприємства в ринкових умовах Г. Шмален називає фінансову стійкість і прибуток (рентабельність). Причому, під останньою він розуміє рентабельність власного капіталу та рентабельність всього капіталу, вкладеного в підприємство [16].

Наведені вище пропозиції визначати ефективність оборотності капіталу або щодо витрат виробництва (І. Н. Герчикова), або на основі чистого прибутку (О. В. Єфімова), або щодо спожитих ресурсів (А. Д. Шеремет, Р. С. Сайфулін), на

наш погляд, можна вважати лише частковими, оскільки вони не відображають основної мети діяльності підприємства або відображають її неповно. Ці пропозиції можна застосовувати при оцінці ефективності використання окремих складових елементів капіталу, виробничих площ і устаткування, грошових коштів і т.п. На нашу думку, для формування загального висновку про ефективність роботи підприємства доцільно використовувати комплексну систему показників, яка поєднує всі названі підходи.

Італійський економіст В. Паретто вважає, що «економічна ефективність господарської системи – це стан, при якому неможливо збільшити міру задоволення потреб хоча б однієї людини, не погіршуючи при цьому положення іншого члена суспільства». Інакше кажучи, розподіл ресурсів вважається неефективним, якщо існує можливість виробляти більшу кількість якого-небудь товару або послуг при наявних ресурсах без скорочення випуску інших товарів або послуг [2].

Представляється, що це визначення відбиває момент досягнення найбільш оптимального з точки зору ефективності стану будь-якої господарської системи, тобто містить елемент критерію ефективності. Незалежно від якісного змісту різних економічних систем, ефективність є взаємозв'язком результатів і витрат.

Ряд економістів робили спроби пояснити суть економічної ефективності за аналогією з ефективністю в природничих науках, тобто розглядали економічну ефективність як ефективність технічну. У зв'язку з цим Г. Гольберг підкреслював, що визначення технічної ефективності в більшості фізичних, хімічних і біохімічних процесів здійснюється через одновимірність і точність виміру величин, що характеризують витрати і результати. Процеси господарські докорінно відрізняються від процесів технологічних. Витрати і результати не можна розглядати як величини безумовно одновимірні, а завдання визначення ефективності тут набагато складніше [17].

Суть тенденції ефективності полягає в необхідності постійного зростання результату як бази прогресу. Розвиток цього положення можна знайти в роботах економістів 70-х років. Наприклад, М. З. Бор пише, що ефективність якого-небудь

процесу означає його результативність, що досягається на основі використання природних умов, доцільного та цілеспрямованого поєднання чинників, що створюють ефект, проте це не означає, що ефективність виробництва потрібно розуміти тільки як категорію вимірювального і кількісного порядку, через яку зіставляються витрати з результатами. Ефективність виробництва, передусім, є економічною категорією, одним з виражень виробничих стосунків у суспільстві і формується під впливом характеру цих стосунків. Тому можна зробити висновок про відсутність тотожності між технічною і економічною ефективністю, оскільки економічна ефективність має завжди соціальну суть на відміну від технічної [18].

Отже, в найбільш загальному вигляді економічна ефективність виробництва є кількісним співвідношенням двох величин – результатів господарської діяльності та виробничих витрат. Суть проблеми підвищення ефективності виробництва полягає в збільшенні економічних результатів на кожну одиницю витрат у процесі використання наявних ресурсів. Підвищення ефективності виробництва може досягатися як за рахунок економії поточних витрат (споживаних ресурсів), так і шляхом кращого використання діючого капіталу і нових вкладень у капітал (вживаних ресурсів).

Таким чином, наявність різних концепцій щодо сутності ефективності зумовлена різними теоретичними позиціями з приводу її аналізу, виділенням якогось одного аспекту із вирішення загальної проблеми. Дедалі більше науковців вважають, що приріст прибутку відображає результат реалізації продукції та послуг, а у якості витрат, що зумовили цей приріст, доцільно застосовувати вартість використаних ресурсів, які визначають виробничий потенціал [2]. Відтак, на ефективність господарської діяльності підприємства впливають фінансовий стан, а також певні організаційні, управлінські, технологічні та інші переваги.

Треба мати на увазі, що перелік ресурсів підприємства, котрі визначають його ефективність, не є вичерпним, тобто в конкретних умовах на ефективність діяльності підприємства можуть чинити істотний вплив інші чинники. Проте для середньостатистичного підприємства, яке діє в умовах ринку, урахування

вказаних чинників гарантує отримання найбільш адекватної оцінки стану справ на підприємстві.

Економічний ефект відображає вартісні показники, що характеризують проміжні й остаточні результати господарської діяльності підприємства. Формами прояву економічної ефективності є різноманітні економічні ефекти: зростання продуктивності праці, зростання обсягу товарообігу, збільшення прибутку, зниження фондомісткості й інші. Форми прояву соціальної ефективності пов'язані з отриманням соціальних ефектів: поліпшенням умов праці, зростанням життєвого рівня населення. Критерій економічної ефективності відображається за такою формулою [17]:

$$e = E \rightarrow \max / B \rightarrow \min, \quad (1.1)$$

де  $e$  – критерій економічної ефективності;

$E$  – економічний результат (вигода або ефект);

$B$  – витрат на досягнення економічного результату.

Нині немає чітких меж між поняттями «ефективність», «ефективність виробництва», «ефективність функціонування підприємства». Часто даючи визначення певного виду ефективності, автори повністю не розкривають сутності підходу до неї.

Отже, поняття ефективності функціонування підприємства має поліморфний характер. Тому важливим є виділення за різними ознаками відповідних видів ефективності, кожний з яких має певне значення для системи функціонування підприємства.

Узагальнення підходів (класифікація видів ефективності) до ефективності функціонування підприємства дозволить характеризувати ефективність функціонування підприємства з різних сторін за різними ознаками. При цьому кожний з видів ефективності надасть окрему характеристику ефективності функціонування підприємства. Тому варто звертати увагу на всі види

ефективності, оскільки в комплексі вони можуть істотно підвищити кінцеву ефективність підприємства.

До того ж, на нашу думку, ефективність функціонування підприємства повинна визначатися не одним, а кількома важливими критеріями.

Не можна не погодитись з думкою О. М. Рац у тому, що ефективність функціонування підприємства – це комплексна характеристика, яка відображає ступінь використання ресурсних витрат, спроможність досягати поставлених цілей та здатність до стійкої життєдіяльності у конкурентному ринковому середовищі. Вона показує ступінь використання трудових, матеріальних, фінансових, природних та інших ресурсів, ступінь забезпечення позитивного результату (ефекту) господарювання в умовах конкурентного ринку та досягнення запланованих результатів з точки зору поставлених перед системою чи її елементами цілей [5, с. 284].

Таким чином, визначення ефективності господарської діяльності має важливе як наукове, так і практичне значення. З її допомогою можна не тільки оцінити ефективність роботи підприємства, проаналізувати сумарний ефект різних її структурних підрозділів та напрямків діяльності, а й визначити стратегію розвитку, розробити прогноз та план дій на перспективу, встановити результати використання витрачених ресурсів: засобів виробництва, робочої сили, інформації і т. п.

Ефективність функціонування підприємства є комплексною характеристикою існування соціально-економічної системи. Для її визначення також варто застосовувати комплексний підхід, який включає сукупність критеріїв оцінки ефективності функціонування підприємства: результативність його витрат, цільову результативність та конкурентоспроможність.

Крім того, слід зазначити, що важливою складовою мети оцінювання ефективності діяльності підприємства є виявлення можливості його подальшого розвитку, визначеного за результатами повного аналізу фінансово-господарської діяльності. Тому важливим завданням функціонування сучасного підприємства є підвищення ефективності його фінансово-господарської діяльності за рахунок

оптимізації використання його внутрішніх резервів та системне розроблення шляхів підвищення ефективності діяльності. Під шляхами підвищення ефективності діяльності підприємства розуміють сукупність конкретних заходів щодо покращення організації виробництва [2].

Проблема підвищення ефективності діяльності підприємства полягає в забезпеченні максимально можливого результату на кожен одиницю затрачених трудових, матеріальних, фінансових та інших ресурсів. Тому критерієм ефективності виробництва в макроекономічному масштабі є зростання продуктивності суспільної праці.

Взаємодія трьох визначальних чинників постійно регулює процес виробництва на будь-якому підприємстві. Цими чинниками є: персонал (робоча сила), праця та предмети праці. Використовуючи наявні засоби виробництва, персонал підприємства виробляє суспільно корисну продукцію або надає виробничі й побутові послуги. Таким чином, з одного боку, мають місце затрати живої та уречевленої праці, а з іншого – результати виробництва (діяльності), які залежать від масштабів застосовуваних засобів виробництва, кадрового потенціалу та рівня його використання.

Перш ніж перейти до опису основних можливих шляхів підвищення ефективності діяльності підприємства, слід навести характеристику факторів, які чинять вплив на економічну ефективність господарської діяльності підприємства (рис. 1.2).

Характеризуючи фактори впливу на ефективність фінансово-господарської діяльності, доцільно розмежувати їх на внутрішні та зовнішні. Внутрішні залежать від результативності роботи управлінського персоналу і колективу підприємства, виражають результати діяльності підприємства, а зовнішні кількісно визначають рівень використання виробничих і фінансових ресурсів.



Рисунок 1.2 –Фактори, які впливають на економічну ефективність діяльності підприємства

Крім того, від організаційно-правової форми власності залежать інвестиційна привабливість господарюючого суб'єкта, масштаби й обсяги виробництва продукції, а також рівень контролю за якістю управлінських рішень. Від кваліфікації управлінського персоналу і трудових ресурсів залежать рівень продуктивності праці, ефективність і якість організації виробничо-господарських процесів на підприємстві, спроможність до розширення виробництва й одержання додаткового прибутку. Слід виділити досить суттєвий фактор наявності і доступності сировинних баз, адже нестача сировини приведе до повної зупинки виробничого процесу. Рівень забезпеченості основними засобами, наявність оборотних коштів для проведення поточного і капітального ремонтів, модернізації, а також закупівлі сучасного обладнання також відіграє важливу роль у ефективності виробничої діяльності підприємства.

Серед зовнішніх факторів слід виділити вплив природно-кліматичних умов. Випуск готової продукції повинен бути підтверджений попитом на ринку, а також наявністю платоспроможного споживача, який має досить фінансових ресурсів,

щоб її придбати. Доступність до кредитних ресурсів, а також наявність потенційних інвесторів дасть підприємству змогу розширити обсяги виробництва продукції, а також провести модернізацію, реконструкцію, переоснащення виробничих потужностей, закупити нове обладнання і технології. Державна підтримка також відіграє суттєву роль, оскільки допомагає спростити податкове навантаження, розрахунки з бюджетами різних рівнів.

Таким чином, основними чинниками підвищення ефективності виробництва підприємства є підвищення рівня його технічного оснащення, підвищення якості управління, організації виробництва і праці, оптимізація обсягу і структури виробництва.

Основні три напрями підвищення економічної ефективності фінансово-господарської діяльності підприємств можна навести у вигляді табл. 1.3:

Таблиця 1.3 – Напрями підвищення ефективності фінансово-господарської діяльності підприємства

Напрямок підвищення економічної ефективності	Характеристика
Ресурсний	Використання оборотних засобів Використання основних засобів Ефективність використання трудових ресурсів тощо
Організаційний	Організаційно-правова структура управління Організація виробничо-господарської діяльності підприємства тощо
Технологічний	Упровадження сучасних досягнень у сфері техніки і технології Удосконалення наявної техніки і технології тощо

Аналізуючи дані табл. 1.3, робимо висновок, що одним з основних напрямів підвищення ефективності фінансово-господарської діяльності підприємства є ресурсний, який базується на необхідності проведення детального аналізу використання наявних ресурсів та живої праці. Другим напрямом є організаційний, відповідно до якого проводиться пошук нових можливих шляхів удосконалення системи управління і підвищення ефективності тих процесів, що здійснюються на підприємстві. Третім напрямом підвищення фінансово-

господарської діяльності підприємства виступає технологічний, який передбачає запровадження у процеси виробництва сучасної техніки і технологій, а також вирішення організаційно-правових проблем.

За допомогою організаційного напрямку розробляють шляхи підвищення ефективності управління процесами, які відбуваються на підприємстві.

Оскільки організація операційного процесу є важливим складником ефективності підприємства, вона є одним із резервів її підвищення. Аналіз усіх аспектів ефективності від рівня робочого місця окремого працівника до рівня підприємства загалом є не менш важливим.

За допомогою ресурсного напрямку слід аналізувати ефективність використання наявних матеріальних та трудових ресурсів. При цьому потрібно враховувати рівень завантаження обладнання, персоналу структуру собівартості продукції, а також частку амортизації, матеріальних витрат, витрат на оплату праці. Всі показники варто аналізувати в динаміці, а також порівнювати з показниками найближчих конкурентів, якщо є така можливість [22].

Вважаємо, що використання усіх зазначених напрямів спроможне забезпечити достатні темпи зростання ефективності фінансово-господарської діяльності підприємства.

Основним завданням дослідження науковців різних країн є економічно обґрунтоване комплексне використання засобів і предметів праці та пошук нових шляхів їх раціонального використання, оскільки використання ресурсів та економічна ефективність виробництва тісно пов'язані. Саме тому не можна очікувати високої результативності фінансово-господарської діяльності за нераціонального використання ресурсного потенціалу.

Одним із основних завдань для господарюючих суб'єктів є вирішення проблеми підвищення ефективності використання обмежених виробничих ресурсів шляхом вияву і максимального використання наявних ресурсів діяльності для покращення кінцевих результатів роботи. Таким чином, дефіцит ресурсів може бути покритим за рахунок раніше створених резервів.

Таким чином, під економічною ефективністю розуміють максимальну вигоду, яку можна отримати за мінімальних затрат у процесі економічної діяльності з урахуванням додаткових умов, які мають місце в момент визначення ефективності відповідного господарського заходу. Проблема підвищення ефективності виробництва та діяльності підприємства загалом полягає в забезпеченні максимально можливого результату на кожну одиницю затрачених трудових, матеріальних і фінансових ресурсів. Основними напрямками підвищення ефективності роботи підприємства є ресурсний, організаційний та технологічний. Тільки комплексне використання наведених напрямів зможе вплинути на темпи зростання ефективності діяльності підприємства.

На сьогодні не існує єдиного підходу до оцінки ефективності діяльності підприємств, що пов'язано з необхідністю забезпечення відповідності критеріїв ефективності та системи показників відповідно до форм власності, сфери діяльності, розміру та цілей підприємств, для яких проводиться оцінка ефективності. Кожне підприємство виходячи з цілей діяльності та інтересів формує систему показників для оцінки рівня ефективності.

В економічній літературі запропоновано безліч підходів до оцінки ефективності діяльності підприємства (табл. 1.4). Для формування загального висновку про ефективність роботи підприємства доцільно використовувати комплексну систему показників, яка поєднує всі названі підходи.

Загальною рисою сучасних підходів до оцінки ефективності діяльності підприємства є використання аналітичних коефіцієнтів для отримання оперативної, наочної і простої оцінки ефективності функціонування і розвитку господарюючого суб'єкта. Особливістю методики зазначеного підходу є ізольоване вивчення трендів зміни значень окремих показників і зіставлення їх зі значеннями успішно функціонуючих фірм або з середньогалузевими значеннями, на основі чого робляться відповідні висновки.

Таблиця 1.4 – Підходи різних науковців щодо аналізу ефективності діяльності підприємства

Автор	Зміст підходу
Р. С. Каплан ,Д. П. Нортон [25]	Концепція збалансованої системи показників (Balanced Scorecard (BSC), яка заснована на чотирьох основних складових: – фінансовій, яка оцінює економічні наслідки вже вжитих дій; – клієнтській, що характеризує взаємини зі споживачами продукції, а також численні якісні параметри, що впливають на рівень задоволеності клієнтів; – складової внутрішніх бізнес-процесів, від яких залежить як задоволеність клієнтів, так і вирішення фінансових завдань; – складової навчання та розвитку персоналу, в межах якої оцінюється інфраструктура, що забезпечує стабільне довгострокове зростання і здатність вдосконалюватися в майбутньому
Л. Бровко, О. Онищенко [26]	Показники слід розділяти на специфічні (якість випущеної продукції; ефективність використання основних фондів та матеріальних ресурсів, обігових коштів щодо конкретної промисловості) та загальні (фонд оплати праці; загальну рентабельність продаж; енергомісткість виробництва та ін)
А.Д. Шеремет, Р.С. Сайфулін [27]	Визначення ефективності авансованих ресурсів і спожитих ресурсів, а також оборотність і рентабельність коштів або їх джерел
І. Н. Герчикова [28]	Рахувати ефективність щодо реальних витрат виробництва. Ефективність слід визначати по рентабельності активів, по рентабельності власного та позичкового капіталу
Н.В. Кудренко [29]	Показники процесів (process measures), показники результатів (output measures), показники кінцевих ефектів та ефективності (outcome measures), показники впливу (impact measures)
О.Г. Богданович [30]	3 основні методичні підходи, використовуючи які, можна провести аналіз ефективності діяльності підприємства : – ринковий – використовують для того, щоб здійснити порівняння дане підприємство з аналогічним; – дохідний – ґрунтується на доходах, які є створені на перспективній вартості майна і показує в основному позицію покупця; – витратний – ґрунтується, на тому, що ефективність діяльності підприємства відображають його витрати

Перші моделі вимірювання та оцінки ефективності діяльності підприємства, в основі яких лежить розрахунок коефіцієнтів, почали з'являтися у 20-х роках ХХ століття. Найбільшого поширення і максимальне використання отримала модель Ф. Д. Брауна, який вивів математичний зв'язок між прораховуваними коефіцієнтами оцінки діяльності компанії: рентабельністю продажів, ресурсовіддачею і рентабельністю активів.

Підходи, розроблені Богдановичем О.Г. [30] ґрунтуються на наступних методах: модель Дюпона, ROI (рентабельність інвестицій), EPS (чистий прибуток на одну акцію), ROE (дохідність акціонерного капіталу), ROA (дохідність чистих активів), CF (грошовий потік), EVA (економічна додана вартість), EBITFA (операційний прибуток), MVA (ринкова додана вартість), BSC (збалансована система показників), CVA (грошова додана вартість), TSR (показник сукупної акціонерної дохідності), CFROI (грошовий потік віддачі на інвестований капітал) [30]. Практика показує, що ті підприємства, які почали використовувати сучасні методи аналізу ефективності своєї діяльності, піднялися на значно вищі рівні та оптимізували свою діяльність, така тенденція більш яскраво виражена у досвіді іноземних держав таких як: США, Німеччина, Франція, Великобританія. Головна причина застосування даних підходів у перерахованих країнах є їх результативність, яка поєднана з можливістю навиків правильно застосувати та приймати самим підприємством.

Щоб підприємство успішно існувало, необхідно серйозну увагу приділяти вивченню сильних сторін своїх конкурентів, брати на озброєння прогресивний досвід зарубіжних колег. Для мінімізації економічних ризиків доцільно використовувати методи сучасної діагностики фінансово-економічного стану діяльності. До таких, досить нових, методів для нашої країни відносять: due diligence (дью-ділідженс), метод економічних нормалей, нечітко-множинний метод і benchmarking (діагностичний бенчмаркінг). Останній в основному застосовується в маркетингу, маркетингових дослідженнях. Метод бенчмаркінг використовує чужий досвід, передові досягнення кращих компаній для

підвищення ефективності виробництва, удосконалювання бізнес-процесів [31–33] тощо.

Отже, для оцінювання ефективності діяльності підприємства застосовуються як традиційні, так і сучасні підходи. Незважаючи на велику кількість існуючих методичних підходів оцінювання ефективності фінансово-господарської діяльності, до цих пір немає одного загальноприйнятого. Методичні підходи до оцінювання економічної ефективності господарюючих суб'єктів продовжують розвиватися і вдосконалюватися, ґрунтуючись на нових наукових підходах і математичних методах.

## **1.2 Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я**

Система охорони здоров'я відіграє винятково важливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини, як відомо, у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, з одного боку, рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з другого – чутливого індикатора ефективності державного управління. Саме тому охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України [34, с.7].

Система охорони здоров'я в Україні – це комплексна галузь, яка повинна ґрунтуватися на принципах ефективної взаємодії багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств [35]. Недоліки існуючої системи охорони здоров'я, кардинальні зміни у соціально-економічній сфері, незадовільна екологічна ситуація, критична демографічна ситуація і незадовільний стан здоров'я населення вимагають нагального вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності.

Розглядаючи управління системою охорони здоров'я, слід відмітити, що важливою складовою цієї концепції є об'єктивізація загального процесу управління системою охорони здоров'я, головним критерієм оцінки якого є ефективність.

Ефективність управління належить до найменш опрацьованих питань теорії державного управління. Не можна постійно говорити про вдосконалення управління й не мати достатньої інформації про його ефективність. Тому питання про ефективність управління є питанням життєво практичним, безпосередньо пов'язаним з державним управлінням [36].

Проблема ефективності завжди посідала важливе місце серед актуальних проблем економічних наук. Зацікавленість нею виникає на різних рівнях управління економікою – від власників приватного підприємства до керівників держави.

Ефективність державного управління – це поняття, яке позначає співвідношення результатів і досягнутих суспільних цілей, результатів і використаних державних ресурсів. Ефективне управління є діяльністю з найкращими з можливих результатами задоволення суспільних потреб та інтересів в умовах регламентації ресурсів державою. Ефективність – показник того, наскільки повно зусилля, витрачені суб'єктом управління і суспільством на розв'язання поставлених проблем, реалізовані в соціально значущих кінцевих результатах [37].

Поняття “критерій ефективності” державного управління має на увазі ознаку або сукупність ознак, на підставі яких оцінюється ефективність системи управління в цілому, а також окремих управлінських рішень [38]. Ефективність управлінської діяльності будь-якій галузі в остаточному підсумку вимірюється тим, якою мірою досягається мета. У межах загального критерію, що виступає як орієнтир для визначення ефективності численних окремих рішень з поодиноких питань, застосовуються прагматичні критерії, розроблені в теорії соціального управління. Відома формула ефективності будь-якої діяльності виглядає в такий спосіб:  $E = P/M$ , де  $E$  – ефективність,  $P$  – результат,  $M$  – мета.

Проте, поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

Ефективність охорони здоров'я, його служб і окремих заходів вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності.

Розрахунок показників ефективності охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками:

По виду ефективності: медична, соціальна, економічна.

За рівнем: рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів; рівень роботи галузі охорони здоров'я; рівень народного господарства.

По етапах або розділами роботи: на етапі попередження захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації.

За обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм.

За способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати.

За витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живої і суспільної праці.

За формою показників: нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; вартісні показники.

Ефективність закладу охорони здоров'я не може бути визначена однозначно. Стосовно охорони здоров'я, визначаються три типи ефективності: медична; економічна; соціальна.

На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших заходів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними є медична та соціальна ефективність. Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок і взаємообумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату. Відносно одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я і галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення.

Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності. Медичне втручання може бути більш результативним, якщо науковий рівень і практика його проведення забезпечують найкращий результат медичної допомоги при найменших витратах всіх видів ресурсів. Але навіть при ідеальній якості медичної праці може бути не досягнута кінцева мета – здоров'я людини.

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату. Відносно конкретного хворого – це повернення його до праці та активного життя

в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї галузі – це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.

Економічна ефективність – це співвідношення отриманих результатів і витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідним складовим ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів та структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення.

Економічна ефективність в охороні здоров'я розглядається в двох напрямках: по-перше, ефективність використання різних видів ресурсів, по-друге, з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому.

Оцінюючи як загальну ефективність, так і соціальну ефективність управління в системі охорони здоров'я і взагалі підходячи до суспільної ефективності управління слід, окрім такого поняття, як суто «якість управління», враховувати й такі категорії, як якість і рівень життя громадян, що є інтегральним показником загальної соціальної ефективності державного управління.

Особливість охорони здоров'я полягає в тому, що нерідко медичні заходи лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідні, однак медичний і соціальний ефект вимагає їх проведення. Так, при організації медичного обслуговування літніх людей з хронічними і дегенеративними захворюваннями, хворих з розумовою відсталістю тощо при явній медичній та соціальній ефективності економічний ефект буде негативним. При використанні сучасних медичних препаратів, інтенсивної терапії та реанімації досягається медичний і соціальний ефект – зберігається людині життя, проте він може стати інвалідом і позбутися можливості займатися суспільно-корисною працею.

Економічна ефективність в охороні здоров'я не може бути визначальною при виборі тих чи інших засобів профілактики, лікування, організаційних форм

надання медичної допомоги. Проте критерії економічної ефективності – поряд з медичної та соціальної ефективністю – можуть допомогти у встановленні черговості проведення тих чи інших заходів в умовах обмежених ресурсів.

Таким чином, для підвищення соціальної ефективності управління галуззю і взагалі суспільної ефективності управління, що може бути визначена за допомогою співвідношення створених та спожитих суспільних благ, необхідно враховувати такі характеристики як продуктивність і якість, та впливати на них. Підняти продуктивність функціонування соціальної системи можна за рахунок оптимізації функціонального підходу до процесу управління системою, шляхом удосконалення підходів до використання його складових: планування, організації, мотивації, контролю.

Отже, підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я повинно передбачати забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики розвитку системи охорони здоров'я; удосконалення форм організації всіх ланок системи охорони здоров'я; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у сферу охорони здоров'я та мотивацію праці медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я.

### **1.3 Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я**

Процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог

пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі [42].

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є впровадження наступних заходів.

Одним із напрямків ефективного управління медичним закладом є ефективна кадрова політика. Оскільки, якість і доступність надання медичної допомоги населенню напряму залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня [34].

На сьогодні в Україні існує гостра нестача фахівців-організаторів у сфері охорони здоров'я, які вміють приймати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру. Це пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я та створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я.

Окрему увагу необхідно звернути на те, що управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, а в Україні велика частка управлінців у галузі охорони здоров'я – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики) і більшість з яких не мають правової чи економічної підготовки.

З моменту реформування охорони здоров'я активно ведеться дискусія щодо статусу керівного складу медичного закладу, а також наявність у них спеціальної освіти для займання таких посад.

Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси [43].

З 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть свої функції без змін до закінчення терміну дії їхніх договорів [40].

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її (Відповідний наказ від 31.10.2018 № 1977 затвердили у МОЗ України).

Наступним напрямком в управлінні медичним закладом – активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління.

Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement) [44].

Але, обов'язковим для керівника у сфері якості є використання методу системного підходу для встановлення взаємодії всіх процесів у системі та запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги [39].

Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: процеси,

пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління) [32].

Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення коректувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Така комунікація повинна ґрунтуватись на моделі збалансованого, оптимального трикутника дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу (рис. 1.3).

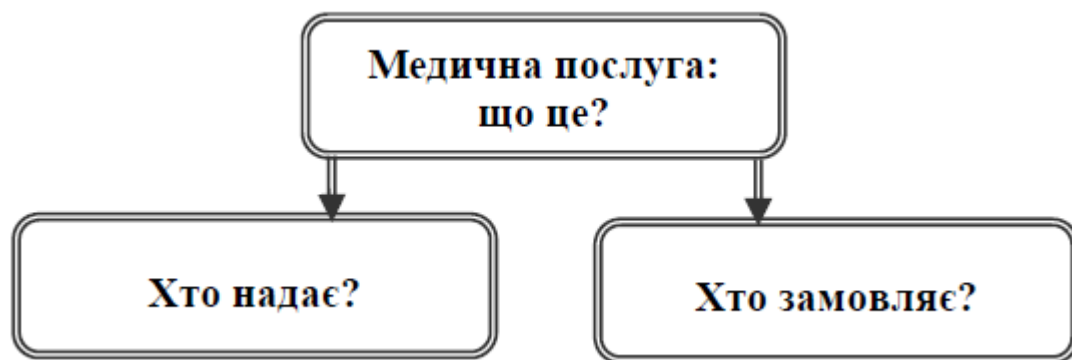


Рисунок 1.3 – Оптимальний трикутник дій

Отже, медична послуга (послуга) це продукція медичного закладу – повернене здоров'я хворого та тривалість досягнутого ефекту лікування. Медичний заклад (постачальник) – це виробниче підприємство, яке потребує застосування сучасних методів управління, менеджменту, маркетингу. Інновації в медичному менеджменті: тайм-менеджмент, логістика, проект-менеджмент.

Основний критерій маркетингу медичного закладу сьогодні – конкуренція якістю. Пацієнт (замовник) оцінює кінцевий результат – одужання [45].

Із запровадженням страхової медицини і появою великої кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг та відповідно зросла увага до їхньої якості. Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ [50].

Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг; адміністративна ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами; економічна ефективність – надавати медичну допомогу таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат; безпечність – надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтам, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок; результативність – досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини; своєчасність – скорочувати час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу; забезпечувати рівність – надання медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю відповідно до особистих характеристик: стать, раса, національність, місце проживання або соціально-економічний статус; людиноцентричність – надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних цінностей, вподобань і очікувань пацієнтів та культури їх громади [41].

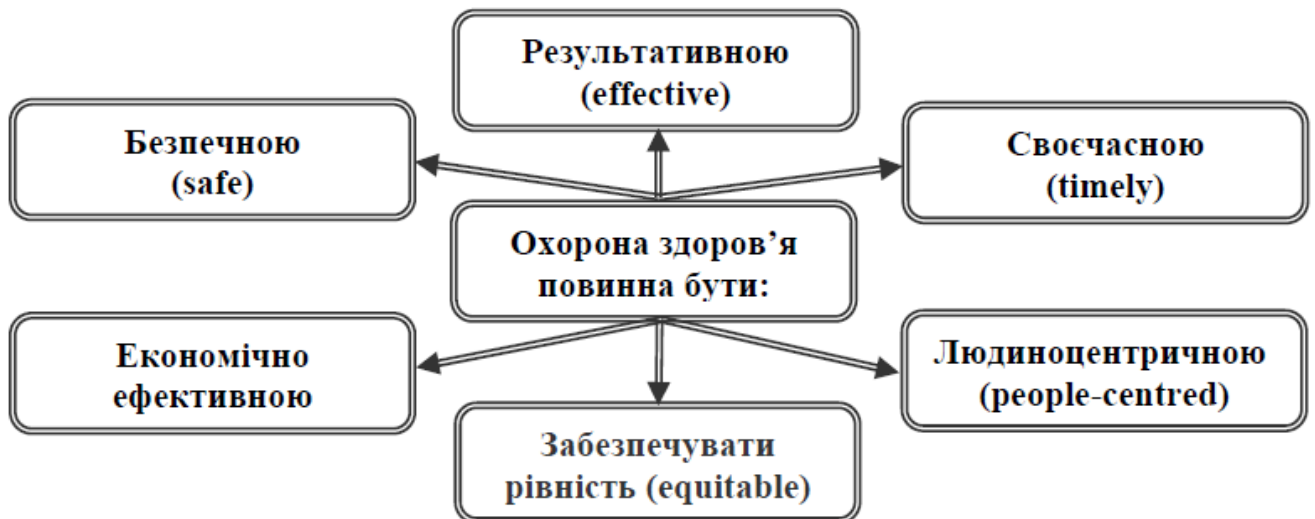


Рисунок 1.4 – Чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Система менеджменту закладів охорони здоров'я має ґрунтуватись на сучасних інформаційних технологіях, серед яких електронна система охорони здоров'я eHealth, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) супроводжує системні зміни у формі управління лікувальними закладами, у фінансуванні медичних послуг, у системі обслуговування пацієнтів. Завдання інформатизації, eHealth у найширшому сенсі – поліпшення інформаційного потоку за допомогою електронних засобів для підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я, на рівні лікаря та пацієнта – забезпечення швидкого доступу лікаря до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу [46].

Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [49].

Таким чином, основна мета впровадження електронної системи охорони здоров'я – мінімізувати шахрайство і корупційні схеми.

До реформування системи охорони здоров'я витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишалось дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Таблиця 1.5 – Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, млрд грн

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

Джерело: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

Із таблиці 1.5 видно, що видатки Міністерства соціальної політики у два з половиною рази перевищують видатки МОЗ. Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки МОЗ.

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується перехід до нової системи фінансування всіх закладів усіх рівнів надання медичної допомоги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Що це означає? Держава більше не виділяє кошти згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я (державного чи комунального). Натомість ці заклади перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримують плату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану пацієнтам медичну допомогу. Кожен заклад шляхом укладання договору з НСЗУ отримує

фінансування відповідно до кількості пацієнтів, які підписали декларації з лікарями, а також додатково – за пацієнтів, які проживають на території обслуговування закладів, але ще не обрали лікарів [46].

Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки лікарняні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: використання нових моделей управління; нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою; вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ; професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів; інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, здійснення аудиту якості медичної допомоги й постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг.

## Висновки до першого розділу

Завдяки огляду теоретико-методичних основ управління ефективністю діяльності медичного закладу нами були зроблені п'ять висновків.

1. Ефективність функціонування підприємства – це комплексна характеристика, яка відображає ступінь використання ресурсних витрат, спроможність досягати поставлених цілей та здатність до стійкої життєдіяльності у конкурентному ринковому середовищі. Вона показує ступінь використання трудових, матеріальних, фінансових, природних та інших ресурсів, ступінь забезпечення позитивного результату (ефекту) господарювання в умовах конкурентного ринку та досягнення запланованих результатів з точки зору поставлених перед системою чи її елементами цілей

Проблема підвищення ефективності виробництва та діяльності підприємства загалом полягає в забезпеченні максимально можливого результату на кожну одиницю затрачених трудових, матеріальних і фінансових ресурсів. Основними напрямками підвищення ефективності роботи підприємства є ресурсний, організаційний та технологічний. Тільки комплексне використання наведених напрямів зможе вплинути на темпи зростання ефективності діяльності підприємства.

На сьогодні не існує єдиного підходу до оцінки ефективності діяльності підприємств, що пов'язано з необхідністю забезпечення відповідності критеріїв ефективності та системи показників відповідно до форм власності, сфери діяльності, розміру та цілей підприємств, для яких проводиться оцінка ефективності. Кожне підприємство виходячи з цілей діяльності та інтересів формує систему показників для оцінки рівня ефективності.

Для оцінювання ефективності діяльності підприємства застосовуються як традиційні, так і сучасні підходи. Незважаючи на велику кількість існуючих методичних підходів оцінювання ефективності фінансово-господарської діяльності, до цих пір немає одного загальноприйнятого. Методичні підходи до

оцінювання економічної ефективності господарюючих суб'єктів продовжують розвиватися і вдосконалюватися, ґрунтуючись на нових наукових підходах і математичних методах.

2. Поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших заходів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними є медична та соціальна ефективність. Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок і взаємообумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

3. Підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я повинно передбачати забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики розвитку системи охорони здоров'я; удосконалення форм організації всіх ланок системи охорони здоров'я; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у сферу охорони здоров'я та мотивацію праці медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я.

4. Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки лікарняні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: використання нових моделей управління; нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою; вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ; професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів; інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, здійснення аудиту якості медичної допомоги й постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг.

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

### **2.1 Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності**

Виконання основних стратегічних завдань діяльності системи охорони здоров'я, яка полягає в збереженні та зміцненні здоров'я населення та поліпшення якості медичного обслуговування, розробці конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб – неможливе без відповідної ресурсної бази яка включає в першу чергу мережу закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

Мережа закладів охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами.

Стан мережі охорони здоров'я формується кількістю медичних закладів у цілому й за окремими типами, профільною та територіальною структурою закладів; обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання.

Діяльність мережі охорони здоров'я залежить від характеристики господарської діяльності, забезпеченості населення медичними послугами, доступності та якості медичних послуг.

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається закладом, ЗОЗ мають певний визначений поділ. Так, залежно від форми власності, ЗОЗ створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою формою ЗОЗ можуть бути створені як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства,

господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств тощо.

Залежно від виду надаваної медичної допомоги ЗОЗ поділяються на:

- ЗОЗ із забезпечення надання первинної медичної допомоги – центри ПМСД, сімейні амбулаторії;
- ЗОЗ із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: центральні районні лікарні, районні лікарні, міські лікарні, дитячі міські лікарні, дільничні лікарні, а в перспективі – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, багатопрофільні дитячі лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, дитячі лікарня планового лікування, консультативно-діагностичні центри, спеціалізовані медичні центри (спеціалізована лікарня);
- ЗОЗ із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна обласна та обласна дитяча лікарня (центральна міська для м. Києва та Севастополя), лікарня (у т.ч. клінічна лікарня), високоспеціалізований медичний центр (лікарня), диспансери;
- ЗОЗ системи екстреної медичної допомоги, що діють відповідно до положень, визначених законом;
- хоспіси;
- ЗОЗ з медичної реабілітації, до яких належать лікарні відновного (реабілітаційного) лікування – ЗОЗ, що забезпечують надання планової реабілітаційної допомоги населенню в умовах стаціонару, зокрема денного.

Надавати медичну допомогу або здійснювати інші види господарської діяльності можуть також інші ЗОЗ відповідно до їх профілю та спеціалізації, які зазначені у переліку ЗОЗ, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, у т.ч. клінічні лікарні, університетські клініки, аптеки, а також заклади, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги вимагає вивчення її ресурсів у контексті її основної діяльності. При проведенні аналізу відсутні дані про ситсему охорони здоров'я АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольних територій Донецької та Луганської областей.

Важливо те, що система показників, яка розглядається нижче, не тільки займає значне місце в медичній статистиці, але й має велику соціальну значущість. Вона характеризує забезпеченість населення медичними послугами, їх доступність та якість.

Медична допомога населенню України у 2018 р. надавалась в 3502 закладах охорони здоров'я із яких 1292 лікарні, 261 диспансер, 1281 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади в тому числі 671 ЦПМСД, 197 самостійних поліклінік, 33 Станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 39 станцій переливання крові тощ (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	Лікарні	Диспансери	Самостійні амбул. поліклінічні заклади	з них: ЦПМСД	Стомаг. поліклініки	Станції переливання крові	Станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	Будинки дитини	Санаторії	Бюро судмед.-експертизи	Патанатомічні бюро	Центри здоров'я	Центри медстатистики	Науково-дослідні заклади	Висні навчальні заклади дисципліни	
																III-IV рівнів акредитації	I-II рівнів акредитації
Україна	3502	1 292	261	1 281	671	197	39	33	38	124	26	15	26	34	20	17	98
<i>Область</i>																	
Вінницька	132	52	7	42	41	8	1	1	2	8	1	1	1	2	-	1	5
Волинська	88	40	4	25	20	5	2	1	1	3	1	1	1	1	-	-	3
Дніпропетровська	241	105	13	69	58	22	2	2	3	11	1	1	3	1	2	1	5
Донецька	157	60	23	40	34	15	3	1	1	3	1	-	1	2	2	1	4
Житомирська	109	38	4	38	31	13	1	1	2	4	1	1	1	1	-	-	4
Закарпатська	140	41	5	79	14	3	1	1	1	2	1	-	1	1	1	-	3
Запорізька	156	60	16	43	40	10	4	1	1	8	1	1	2	3	-	2	4
Ів.-Франківська	215	59	14	117	7	7	1	3	1	7	1	-	0	1	-	1	3
Київська	122	58	8	34	29	7	1	1	2	3	1	1	1	1	-	-	4
Кіровоградська	102	39	12	32	24	6	2	1	1	3	1	1	1	1	-	-	2
Луганська	66	27	7	17	16	2	1	4	1	1	1	-	0	1	-	1	3
Львівська	369	96	19	219	8	15	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	5
Миколаївська	88	39	6	31	29	2	1	1	1	2	1	-	1	1	-	-	2
Одеська	174	68	10	58	40	8	2	1	4	10	1	1	2	2	3	1	3
Полтавська	134	52	16	37	35	8	3	1	1	6	1	1	1	1	-	1	5
Рівненська	98	42	5	29	24	9	1	1	1	3	1	-	1	1	-	-	4
Сумська	103	42	9	34	22	5	1	1	1	2	1	1	0	1	-	-	5
Тернопільська	127	49	9	47	19	5	2	1	1	5	1	1	1	1	-	1	3
Харківська	213	81	21	66	35	11	1	1	4	10	1	-	2	2	-	3	10
Херсонська	82	34	5	26	23	3	1	1	1	5	1	-	1	1	-	-	3
Хмельницька	101	42	7	32	26	3	2	1	1	5	1	1	1	1	-	-	4
Черкаська	100	40	6	34	28	5	1	1	1	4	1	-	1	3	-	-	3
Чернівецька	99	26	7	49	14	3	1	1	1	3	1	1	1	1	-	1	3
Чернігівська	99	40	12	30	26	5	1	1	1	2	1	1	0	1	-	-	4
м.Київ	187	62	16	53	28	17	2	3	2	9	2	-	1	2	11	2	5

Сформовано на основі [52]

В розрізі адміністративних територій загальна кількість закладів охорони здоров'я та їх структура (розподіл за типами) суттєво відрізняється: від 66 в Луганській області до 369 у Львівській області, що залежить від територій регіону, кількості населення, яке в регіоні проживає та наявності на даній території ЗОЗ які виконують функції державного значення з надання медичної допомоги населенню.

В табл 2.2 наводимо мережу закладів охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядкувані МОЗ України. Таких закладів функціонує в кількості 117 одиниць в тому числі 20 науково-дослідних закладів, 11 вищих навчальних закладів, 14 санаторіїв, з лікарні, 9 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів та 9 стоматологічних поліклінік тощо.

Таблиця 2.2 – Мережа закладів охорони здоров'я безпосереднього підпорядкування МОЗ України, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	в тому числі:									Вищі навчальні заклади	
		лікарні	диспансери	самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади	стоматологічні поліклініки	станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	санаторії	бюро судмед. експертизи	центр медичної статистики	науково-дослідні заклади	III-IV рівнів акредитації	I-II рівнів акредитації
<b>Україна</b>	117	32	2	9	9	2	14	1	1	20	17	10
<i>Область</i>												
Вінницька	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Дніпропетровська	9	5	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-
Донецька	6	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1
Закарпатська	3	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Запорізька	5	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1
Івано-Франківська	8	2	-	-	1	-	3	-	-	-	1	1
Київська	3	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Луганська	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Львівська	6	-	-	1	1	-	1	-	-	1	1	1
Одеська	22	6	-	1	3	-	8	-	-	3	1	-
Полтавська	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Тернопільська	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Харківська	10	3	-	-	1	-	-	-	-	-	3	3
Чернівецька	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
м. Київ	36	9	2	4	3	2	-	1	1	11	2	1

Сформовано на основі [52]

Заклади охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядкувані МОЗ України розташовані не в усіх регіонах країни. А в тих, що розташовані – нерівномірно. Найбільша кількість таких закладів розташована в м. Києві (36), Одеській (22) та Харківській (10) області.

В табл. 2.3 наведено дані про заклади охорони здоров'я системи МОЗ України, які фінансуються із місцевого бюджету.

Таблиця 2.3 – Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, 2018 рік (місцевий бюджет)

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	в тому числі:													
		лікарні	диспансери	самост. амбулаторно-поліклінічні заклади	з них: ЦПМСД	стоматологічні поліклініки	СПК	станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	будинки літнин	санаторії	бюро суд. мед. експертизи	патанатомічні бюро	центри здоров'я	центри медичної статистики	ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації
<b>Україна</b>	<b>3385</b>	<b>1 260</b>	<b>259</b>	<b>1 272</b>	<b>671</b>	<b>188</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>88</b>
<i>Область</i>															
Вінницька	129	50	7	42	41	8	1	1	2	8	1	1	1	2	5
Волинська	88	40	4	25	20	5	2	1	1	3	1	1	1	1	3
Дніпропетровська	232	100	13	68	58	22	2	2	3	11	1	1	3	1	5
Донецька	151	59	23	39	34	15	3	1	1	3	1	-	1	2	3
Житомирська	109	38	4	38	31	13	1	1	2	4	1	1	1	1	4
Закарпатська	137	39	5	79	14	3	1	1	1	2	1	-	1	1	3
Запорізька	151	59	16	43	40	10	4	1	1	7	1	1	2	3	3
Івано-Франківська	207	57	14	117	7	6	1	3	1	4	1	-	-	1	2
Київська	119	57	8	33	29	7	1	1	2	2	1	1	1	1	4
Кіровоградська	102	39	12	32	24	6	2	1	1	3	1	1	1	1	2
Луганська	65	27	7	17	16	2	1	4	1	1	1	-	-	1	3
Львівська	363	96	19	218	8	14	1	1	2	4	1	1	1	1	4
Миколаївська	88	39	6	31	29	2	1	1	1	2	1	-	1	1	2
Одеська	152	62	10	57	40	5	2	1	4	2	1	1	2	2	3
Полтавська	132	52	16	37	35	8	3	1	1	6	1	1	1	1	4
Рівненська	98	42	5	29	24	9	1	1	1	3	1	-	1	1	4
Сумська	103	42	9	34	22	5	1	1	1	2	1	1	0	1	5
Тернопільська	125	49	9	47	19	5	2	1	1	5	1	1	1	1	2
Харківська	203	78	21	66	35	10	1	1	4	10	1	-	2	2	7
Херсонська	82	34	5	26	23	3	1	1	1	5	1	-	1	1	3
Хмельницька	101	42	7	32	26	3	2	1	1	5	1	1	1	1	4
Черкаська	100	40	6	34	28	5	1	1	1	4	1	-	1	3	3
Чернівецька	98	26	7	49	14	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3
Чернігівська	99	40	12	30	26	5	1	1	1	2	1	1	-	1	4
м. Київ	151	53	14	49	28	14	2	1	2	9	1	-	1	1	4

Сформовано на основі [52]

Таких закладів в Україні функціонує 3385 із яких 1260 складають лікарні, 259 диспансери, 1272 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади в тому числі 671 ЦПМСД, 188 стоматологічних поліклінік, 31 станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 110 санаторіїв тощо. Кількість вказаних закладів в розрізі адміністративних територій є нерівномірною.

Враховуючи значну кількість населення, яке проживає в сільській місцевості в табл. 2.4 наводимо мережу закладів охорони здоров'я в яких надається медична допомога переважно сільському населенню.

В цілому в Україні функціонує 448 ЦРЛ, 82 РЛ, 30 ДЛ, 3892 сільські лікарські амбулаторії із яких 409 є самостійними. Для організації надання первинної медичної допомоги сільському населенню створено 488 ЦПМСД.

Таблиця 2.4 – Мережа закладів, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	ЦРЛ	РЛ	ДЛ	з них розташовані в сільській місцевості			Сільські лікарські амбулаторії всього	в тому числі самостійні	ЦПМСД (в сільських адміністративних районах)
				ЦРЛ	РЛ	ДЛ			
<b>Україна</b>	<b>448</b>	<b>82</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>3892</b>	<b>409</b>	<b>488</b>
<i>Область</i>									
Вінницька	27	-	-	-	-	-	242	-	31
Волинська	15	7	1	1	-	1	90	1	15
Дніпропетровська	22	2	-	1	-	-	188	-	27
Донецька	11	1	-	1	-	-	91	-	12
Житомирська	23	1	-	1	1	-	190	2	29
Закарпатська	5	9	7	-	-	7	252	57	12
Запорізька	20	2	-	-	1	-	144	1	29
Івано-Франківська	14	7	3	-	-	3	154	103	7
Київська	25	4	6	1	1	6	229	-	24
Кіровоградська	21	-	-	1	-	-	105	3	20
Луганська	12	2	2	-	-	-	71	-	12
Львівська	19	19	1	-	3	1	208	183	8
Миколаївська	19	-	-	-	-	-	141	-	20
Одеська	26	1	-	-	1	-	187	1	26
Полтавська	25	-	-	-	-	-	236	-	28
Рівненська	15	9	-	-	4	-	125	3	20
Сумська	18	-	5	-	-	3	131	7	18
Тернопільська	16	13	5	-	-	5	172	24	18
Харківська	24	-	-	1	-	-	247	-	32
Херсонська	18	-	-	-	-	-	124	-	22
Хмельницька	20	4	-	1	1	-	154	-	23
Черкаська	20	1	-	2	1	-	147	-	19
Чернівецька	11	-	-	-	-	-	163	24	12
Чернігівська	22	-	-	-	-	-	101	-	24

Сформовано на основі [52]

В табл. 2.5 наведені дані щодо мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога.

Всього в Україні функціонує 1475 таких закладів. До закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога відносяться 25 обласних лікарень, 27 обласних дитячих лікарень, 303 міських лікарень, 448 ЦРЛ, 106 спеціалізованих лікарень, 183 диспансерів із стаціонарними відділеннями, 75 пологових відділень тощо.

Розміщення закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога в розрізі регіонів є нерівномірним.

В табл. 2.6 наведено дані щодо мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога, включаючи структурні та відокремлені структурні підрозділи, які надають первинну медичну допомогу.

Таблиця 2.5 – Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, які надають стаціонарну допомогу, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього лікарняних закладів	в тому числі:													
		обласні лікарні	обласні дитячі (вкл. "Охматдит")	міські лікарні	дитячі міські лікарні	лікарні швидкої медичної допомоги	госпіталі для інвалідів війни	спеціалізовані лікарні	ЦРЛ	РЛ	ДЛ	пологові будинки	психіатричні та наркологічні	Диспансери зі стаціонарами	інші заклади
<b>Україна</b>	1475	25	27	303	57	13	30	106	448	82	30	75	64	183	32
<i>Область</i>															
Вінницька	58	1	1	6	-	1	1	9	27	-	-	2	2	6	2
Волинська	43	1	1	4	-	-	1	4	15	7	1	2	2	3	2
Дніпропетровська	117	1	1	43	9	2	2	7	22	2	-	6	4	12	6
Донецька	71	1	-	34	2	1	1	2	11	1	-	3	3	11	1
Житомирська	42	1	1	5	1	-	1	2	23	1	-	1	2	4	-
Закарпатська	45	1	1	7	1	-	1	6	5	9	7	1	2	4	-
Запорізька	71	1	1	16	3	1	1	4	20	2	-	6	4	11	1
Івано-Франківська	72	1	1	14	5	-	1	3	14	7	3	5	3	13	2
Київська	64	2	2	10	1	-	1	2	25	4	6	3	2	6	-
Кіровоградська	47	1	1	8	2	1	1	1	21	-	-	1	2	8	-
Луганська	33	1	1	4	1	-	-	2	12	2	2	-	2	6	-
Львівська	111	1	2	32	3	1	1	8	19	19	1	4	2	15	3
Миколаївська	43	1	1	5	1	1	1	5	19	-	-	3	2	4	-
Одеська	73	1	1	15	4	-	2	4	26	1	-	6	4	5	4
Полтавська	64	1	1	10	2	-	3	6	25	-	-	2	2	12	-
Рівненська	47	1	1	3	1	-	1	4	15	9	-	3	2	5	2
Сумська	50	1	1	8	2	-	1	1	18	-	5	2	3	8	-
Тернопільська	57	1	1	2	1	1	1	3	16	13	5	1	3	8	1
Харківська	89	1	2	24	4	1	1	9	24	-	-	7	4	8	4
Херсонська	39	1	1	5	-	-	1	5	18	-	-	1	1	5	1
Хмельницька	47	1	1	5	1	-	1	4	20	4	-	2	3	5	-
Черкаська	46	1	1	9	2	1	1	1	20	1	-	2	1	6	-
Чернівецька	32	1	1	5	1	1	1	1	11	-	-	2	1	6	1
Чернігівська	48	1	1	8	1	-	1	1	22	-	-	2	3	8	-
м. Київ	66	-	1	21	9	1	3	12	-	-	-	8	5	4	2

Сформовано на основі [52]

Таблиця 2.6 – Мережа закладів ОЗ системи МОЗ, які надають АПД, у т.ч., структурні та відокремлені структурні підрозділи, які надають ПМД, 2018 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів та підрозділів	в тому числі:					
		поліклініки в складі лікарняних закладів	амбулаторії в складі лікарняних закладів та ЦПМСД	самостійні поліклініки та амбулаторії	в т.ч. з числа самостійних закладів- ЦПМСД	диспансери	стоматологічні поліклініки
<b>Україна</b>	8318	1128	5451	1281	671	261	197
<i>Область</i>							
Вінницька	421	40	324	42	41	7	8
Волинська	201	30	137	25	20	4	5
Дніпропетровська	636	111	421	69	58	13	22
Донецька	383	57	248	40	34	23	15
Житомирська	340	36	249	38	31	4	13
Закарпатська	350	32	231	79	14	5	3
Запорізька	403	53	281	43	40	16	10
Івано-Франківська	252	52	62	117	7	14	7
Київська	408	55	304	34	29	8	7
Кіровоградська	252	37	165	32	24	12	6
Луганська	181	22	133	17	16	7	2
Львівська	375	86	36	219	8	19	15
Миколаївська	294	36	219	31	29	6	2
Одеська	441	70	295	58	40	10	8
Полтавська	439	46	332	37	35	16	8
Рівненська	254	33	178	29	24	5	9
Сумська	248	42	158	34	22	9	5
Тернопільська	289	38	190	47	19	9	5
Харківська	494	61	335	66	35	21	11
Херсонська	226	27	165	26	23	5	3
Хмельницька	316	35	239	32	26	7	3
Черкаська	252	33	174	34	28	6	5
Чернівецька	239	21	159	49	14	7	3
Чернігівська	241	38	156	30	26	12	5
м. Київ	383	37	260	53	28	16	17

Сформовано на основі [52]

В цілому в системі охорони здоров'я МОЗ України функціонує 8318 закладів охорони здоров'я в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога. До числа таких закладів відносяться 1128 поліклінік в складі лікарняних закладів, 5451 амбулаторії в складі лікарняних закладів та ЦПМСД, 1281 самостійна поліклініка та амбулаторія, 261 диспансер та 197 стоматологічних поліклінік

Узагальнені дані про ресурси охорони здоров'я та діяльність закладів охорони здоров'я за період 2016–2018 рр. наведено в табл.2.7.

Таблиця 2.7 – Загальні дані про ресурси охорони здоров'я та діяльність закладів охорони здоров'я, 2016–2018 рр.

Найменування	Рік		
	2016	2017	2018
Число лікарняних закладів	1539,0	1506,0	1475,0
Загальне число ліжок	308 143,0	291 108,0	285 008,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	72,3	68,6	67,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	319,3	321,2	320,9
Середнє перебування хворого на ліжку	11,4	11,2	11,0
Госпіталізація на 100 жителів - всього	20,2	20,2	19,7
Число закладів, які надають амб.-полікл.допомогу	2 871,0	2 825,0	2 867,0
Число відвідувань на 1 жителя	9,3	9,3	9,0
Число амб.-полікл.закладів, які мають денні стаціонари	1 891,0	1 873,0	1 902,0
Число ліжок в денних стаціонарах	62 270,0	62 832,0	62 890,0
на 10 тисяч населення	14,6	14,8	14,9
Проліковано хворих в денних стаціонарах	2 636 191,0	2 732 282,0	2 806 155,0
на 10 тисяч населення	617,7	642,8	663,1
Кількість викликів екстреної медичної допомоги	8 532 193,0	8 983 417,0	8 400 770,0
на 1000 населення	199,5	210,9	198,1
Загальна чисельність лікарів/без зубних/	161 621,0	160 912,0	159 600,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,9	37,8
Загальна чисельність середн.мед.персон.	344 035,0	337 703,0	330 444,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	80,8	79,6	78,3
Число лікарняних закладів	1 539,0	1 506,0	1 475,0
Загальне число ліжок	308 143,0	291 108,0	285 008,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	72,3	68,6	67,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	319,3	321,2	320,9
Середнє перебування хворого на ліжку	11,4	11,2	11,0
Госпіталізація на 100 жителів - всього	20,2	20,2	19,7
Число закладів, які надають амб.-полікл.допомогу	2871,0	2825,0	2867,0
Число відвідувань на 1 жителя	9,3	9,3	9,0
Число амб.-полікл.закладів, які мають денні стаціонари	1891,0	1873,0	1902,0
Число ліжок в денних стаціонарах	62 270,0	62 832,0	62 890,0
на 10 тисяч населення	14,6	14,8	14,9
Проліковано хворих в денних стаціонарах	2 636 191,0	2 732 282,0	2 806 155,0
на 10 тисяч населення	617,7	642,8	663,1
Кількість викликів екстреної медичної допомоги	8 532 193,0	8 983 417,0	8 400 770,0
на 1000 населення	199,5	210,9	198,1
Загальна чисельність лікарів/без зубних/	161 621,0	160 912,0	159 600,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,9	37,8
Загальна чисельність середн.мед.персон.	344 035,0	337 703,0	330 444,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	80,8	79,6	78,3

Аналіз наведених в табл. 2.7 даних вказує на те, що за період 2016–2018 рр. число лікарняних закладів скоротилося на 64 і склало 1475,0. При цьому число лікарняних ліжок скоротилося на 23 135 і склало 285 008,0 із скороченням показника забезпеченості населення лікарняними ліжками на 4. На 10 тис населення із показником в 2017 р. 67,5. Загальне число 141 зайнятості госпітальних ліжок має тенденцію до підвищення показника при скороченні термінів перебування пацієнтів на госпітальному ліжку та тенденції до скороченні показників госпіталізації населення. Показник госпіталізації в 2018 р. склав 19,7 на 100 загального населення.

Число закладів охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу теж має тенденцію до скорочення. За три роки їх кількість скоротилася на чотири. Показник відвідуванням населенням амбулаторно-поліклінічних закладів з розрахунку на одного жителя країни скоротився на 0,3 і склав 9,0.

Необхідно зазначити, що в країні відмічається активний розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню. Так, на 620 збільшилася кількість ліжок в денних стаціонарах, що склало 14,9 на 10 тис населення. При цьому кількість пролікованих в денних стаціонарах пацієнтів збільшилася на 6,5% і склала 663,1 на 10 тис загального населення.

Прослідковується тенденція до зменшення показників діяльності служби екстренної медичної допомоги. Так, загальна кількість викликів бригад екстренної медичної допомоги зменшилася на 131423, що в 2017 році становило 198,1 на 1000 населення .

Надзвичайно важливим ресурсом охорони здоров'я є її кадри. За роки проведеного аналізу загальна кількість лікарів (без зубних) скоротилася на 2021 і склала 159 600,0, що становить 37,8 на 10 тис населення. Загальна кількість середнього медичного персоналу скоротилася на 13591 і слала 78,3 на 10 тис населення. Співвідношення лікарів та середнього медичного персоналу становить 1: 2,07, що не відповідає доказовому менеджменту і призводить до виконання лікарями не властивих їм функцій.

## 2.2 Загальна характеристика підприємства

Комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», або Хмельницька міська поліклініка № 1 є лікувально-профілактичним закладі міської комунальної власності. Поліклініка призначена для надання медичної допомоги населенню міста на догоспітальному, госпітальному етапі при різних видах захворюванні травмах, ведення профілактичної роботи.

Поліклініка утворена з метою надання багатoproфільної допомоги в районі своєї діяльності, проведення широких профілактичних заходів по попередженню зниженню захворюваності, диспансеризації населення, надання кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги населенню.

Поліклініка може використовуватися як база проходження інтернату випускників медичних ВУЗів та виробничої практики студентів медичного училища. Умови використання поліклініки з цією метою затверджуються наказом управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Поліклініка є юридичною особою. Вона створює структурні підрозділи, згід діючого законодавства. Поліклініка має власне майно, яке відображено на самостійної балансі, має розрахунковий, валютний та інші рахунки в установах банків, штампи, круглу печатку та інші штампи і печатки, які необхідні для виконання завдань, покладених на неї.

У своїй діяльності поліклініка керується Конституцією України, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», Основами законодавства України про охорону здоров'я, наказами управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради, рішеннями Хмельницької міської ради, виконавчого комітету, розпорядженнями місько голови, а також власним статутом.

Поліклініка має право здійснювати будь-які дії і займатися будь-якою діяльністю, якщо такі дії або така діяльність не заборонені законодавством України, статутом поліклініки.

Поліклініка має право здійснювати зовнішньоекономічну діяльність в порядку встановленому діючим законодавством.

Може утворювати філії за погодженням з управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Філії поліклінік не є юридичними особами і діють на підставі Положень про них, затверджених управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Проектна потужність поліклініки 1200 відвідувань в день.

Юридична адреса: 29013, м. Хмельницький, вул. Подільська, 54.

Поліклініка надає амбулаторну медичну допомогу населенню, яке проживає на території, закріпленій за нею управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради. Може заключати договори з підприємствами та установами на обслуговування робітників.

Основними завданнями поліклініки є:

- забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населень міста;
- здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку охорони здоров'я населення, формування здорового способу життя;
- впровадження досягнень науки і техніки передового досвіду;
- організація процесу проходження інтернатури і практики студентами випускниками медичних навчальних закладів;
- впровадження в практику елементів сімейної медицини;
- надання платних послуг згідно чинного законодавства;
- взаємодія з медичними і немедичними закладами і установами при вирішенні питань організації і надання допомоги в т.ч. в надзвичайних ситуаціях;
- інформування управління охорони здоров'я у випадках, за яких це інформування обумовлене чинним законодавством, відповідними директивами та наказами управління охорони здоров'я;
- організація формування, обробки та захисту персональних даних, розпорядником яких є адміністрація поліклініки.

Поліклініка відповідно до покладених на неї завдань:

- надає кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу населенню міста безпосередньо в поліклініці і на дому;
- здійснює медичний відбір і направляє хворих для санаторно-курортного лікування;
- забезпечує повне і якісне обстеження, встановлює діагноз і організовує своєчасне лікування або направляє хворих при необхідності в інші лікувальні заклади;
- проводить диспансеризацію жителів міста;
- здійснює заходи по профілактиці захворювань;
- забезпечує ведення і передачу обліково-звітної документації у встановленому порядку;
- здійснює експертизу тимчасової непрацездатності, складання трудових рекомендацій для хворих і потерпілих на подальшу їх роботу;
- здійснює заходи по дотриманню санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму;
- організовує роботу щодо санітарно-гігієнічного виховання і пропаганди здорового способу життя;
- надає платні послуги згідно чинного законодавства;
- здійснює медичну практику згідно ліцензії;
- здійснює діяльність з придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, за наявності ліцензії на здійснення відповідних видів діяльності в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- здійснює види діяльності, для яких необхідне одержання дозволу (ліцензії), після одержання відповідного дозволу (ліцензії) згідно з чинним законодавством України.

Поліклініка має право:

- співпрацювати з установами та підприємствами України, з іноземними підприємствами незалежно від форм власності;

– укладати угоди з науково-дослідними інститутами, медичними навчальними закладами і спеціалізованими центрами та провідними фахівцями з питань консультативної і лікувально-діагностичної допомоги, підготовки і підвищення кваліфікації фахівців, створення нової медичної апаратури та її виготовлення.

Поліклініку очолює головний лікар, який відповідає встановленим державою кваліфікаційним вимогам. Він призначається і звільняється міським головою.

Головний лікар поліклініки керує її діяльністю, вирішує всі питання, що входять в його компетенцію, а також:

- формує структуру, штатний розпис і кошторис в межах діяльності та фонду оплати праці, а також затверджує Положення про структурні підрозділи;
- видає накази в межах своєї компетенції, організує і контролює їх виконання;
- планує і розподіляє видаткову частину єдиного кошторису доходів та видатків здійснюється на підставі лімітної довідки про асигнування, наданої управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради у визначений термін після затвердження бюджету;
- є розпорядником коштів в межах затвердженого кошторису;
- вирішує питання прийому та звільнення з роботи працівників згідно з чинним законодавством;
- визначає потребу, формує та надає замовлення на кадри для свого закладу в управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради;
- виступає від імені поліклініки, представляє її інтереси в межах наданих повноважень, розпоряджається майном зі згоди власника, укладає договори, видає доручення, відкриває розрахункові рахунки, має право першого підпису на юридичних, фінансових документах.

Головний лікар поліклініки несе персональну відповідальність за всі види діяльності поліклініки та за виконання покладених на нього функцій, встановлює ступінь відповідальності своїх заступників та керівників структурних підрозділів

за керівництво ними окремими ділянками їх діяльності, а також за роботу всіх інших служб та підрозділів.

Організаційно-функціональна структура поліклініки формується відповідно до чисельності та вікової структури населення закріпленого за поліклінікою.

Трудовий колектив поліклініки становлять усі працівники, які своєю працею беруть участь в її діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди), а також інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з підприємством.

Трудовий колектив виконує свої обов'язки відповідно до функціональних обов'язків, які розробляються і вдосконалюються адміністрацією поліклініки і затверджуються головним лікарем.

Робота трудового колективу регулюється згідно правил внутрішнього трудового розпорядку та колективного договору.

Поліклініка встановлює системи та розміри оплати праці, використовуючи державні тарифні ставки, встановлює посадові оклади згідно діючих галузевих інструкцій з оплати праці, відповідних наказів вищестоящих організацій.

В необхідних випадках поліклініка має право:

- запрошувати консультантів із числа висококваліфікованих спеціалістів;
- приймати на роботу по трудовій угоді спеціалістів на час виконання певних робіт.

У своїй діяльності поліклініка підзвітна управлінню охорони здоров'я Хмельницької міської ради, органам, які надали ліцензії на проведення окремих видів послуг.

Службові особи поліклініки за недостовірність державної звітності несуть відповідальність встановлену чинним законодавством України.

Економічну результативність роботи КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» розглянемо у наступному параграфі дипломоної роботи.

### 2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства

Спочатку охарактеризуємо величину та динаміку основних техніко-економічних показників КП «ХМЛДЦ» (табл 2.8), що були нами розраховані з використанням звітності підприємства (Додаток А).

Таблиця 2.8 – Основні техніко-економічні показники діяльності КП «ХМЛДЦ»

Показник	Од.вим.	Рік			Абс.відх.	
		2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Разом доходи	тис.грн	15 457,02	8 871,80	6 425,46	-6 585,22	-2 446,34
Середня кількість працівників	ос.	209	209	207	0	-2
Продуктивність праці персоналу:	тис.грн/ос.	73,96	42,45	31,04	-31,51	-11,41
Фонд заробітної плати штатних працівників	тис.грн	9 716,00	13 526,40	10 950,40	3 810,40	-2 576,00
Середньомісячна заробітна плата працівників	тис.грн/ос.	3,87	5,39	4,41	1,52	-0,98
Разом витрати	тис.грн	15 468,19	8 765,78	6 425,46	-6 702,41	-2 340,32
Витрати на 1 грн. доходу	грн	1,00	0,99	1,00	-0,01	0,01
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн	-11,17	106,02	0,00	117,19	-106,02
Рентабельність (збитковість)	%	-0,07	1,21	0,00	1,28	-1,21

З таблиці видно, що результативність КП «ХМЛДЦ» протягом 2017-2019 років коливалася: доходи скоротилися з 15 457,02 тис.грн 2017 року, 8 871,80 тис. грн. – 2018 року та 6425,46 2019 року.

Середня кількість працівників 2017–2018 років була незмінною, і становила 209 осіб, але вже 2019 року зменшилася на 2 особи.

Продуктивність праці персоналу теж зменшилася 2018 року на 31,51 тис. грн. на одну собу, а 2019 року – на 11,41.

Фонд заробітної плати штатних працівників в 2018 році зріс на 3 810,40 тис.грн і на 2 576,00 тис. грн скоротився 2019 року.

Середньомісячна заробітна плата працівників була досить низькою 2017 року і становила 3,87 тис.грн/ос., через рік значно зросла до 5,39 4,41 тис.грн, але в 2019 році знову зменшилася.

Загальна сума витрат КП «ХМЛДЦ» 2018 року зменшилася на 6 702,41 тис. грн, а через рік скоротилася ще на 2 340,32 тис. грн.

Витрати на 1 грн доходу можна вважати стабільними, адже протягом трьох років були на рівні 1,00 на 1,00 грн, тобто підприємство в основному виходило на нульовий щорічний результат.

З врахуванням усіх чинників чистий збиток підприємства 2017 року склав 11,17 тис.грн, чистий прибуток – 106,02 тис. грн. 2018 року та нульовий результат прибутковості 2019 року. Тому рентабельність (збитковість) КП «ХМЛДЦ» 2017 року теж була негативною, 2018 року – позитивною, 2019 року – нульовою.

Динаміка доходів та показників з праці персоналу КП «ХМЛДЦ» зображені на рис. 2.1 .

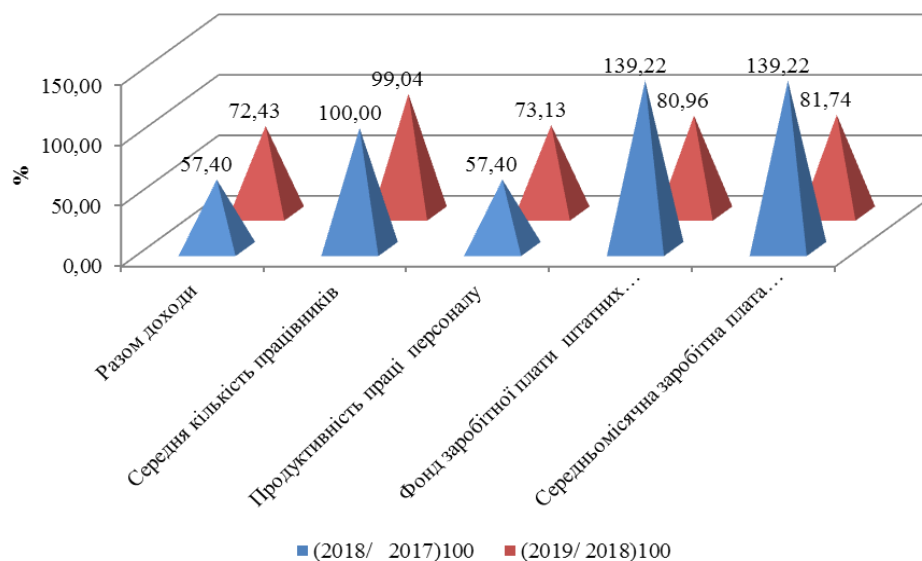


Рисунок 2.1 – Динаміка доходів та показників з праці персоналу КП «ХМЛДЦ»

Зображена на рисунку динаміка показників вказує на те, що 2019 року підприємство працювало найменш ефективно, практично усі показники діяльності цього року продемонстрували низхідну динаміку.

Позитивною 2019 року була динаміка лише для показників витрат на 1 грн доходу (рис. 2.2).

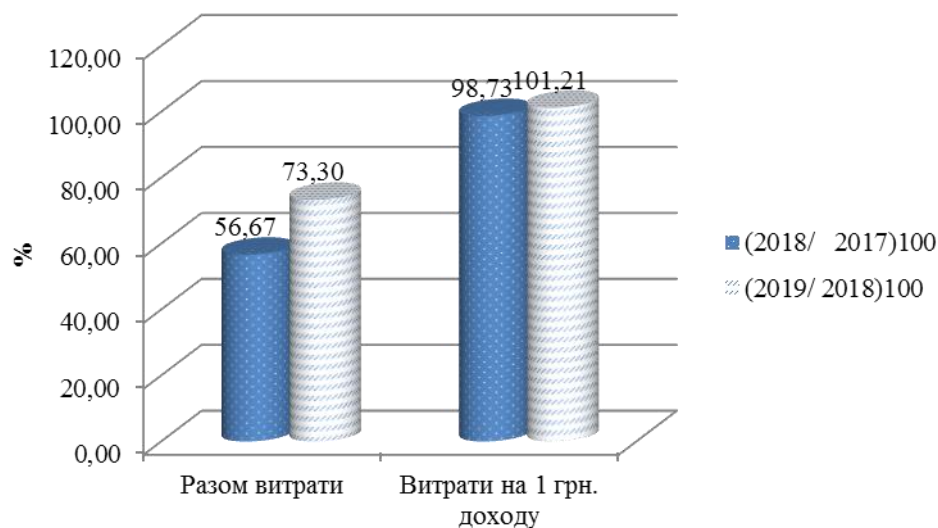


Рисунок 2.2 – Динаміка доходу та витрат КП «ХМЛДЦ»

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

### **2.3 Аналіз структури майна та рівня матеріально-технічного забезпечення підприємства**

Майно поліклініки становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші цінності, вартість яких відображається на самостійному балансі поліклініки.

Майно поліклініки є комунальною власністю і закріплюється за нею на праві повного господарського відання. Поліклініка володіє, користується та розпоряджається зазначеним майном за згодою власника, вчиняючи щодо нього будь-які дії, які не суперечать чинному законодавству та цьому статуту.

Джерелом формування майна є :

- надходження з міського бюджету;
- кошти, отримані від установ, організацій та населення від надання платних послуг згідно чинного законодавства;
- кошти, одержанні від здачі в оренду приміщень, обладнання, території;
- добровільні грошові внески;
- кошти, отримані від фізичних і юридичних осіб, як компенсація витрат, на лікування хворих і потерпілих, погіршення здоров'я яких пов'язано з виробництвом, дорожньо-транспортними пригодами, порушенням протиепідемічного режиму та інші кошти, отримання і використання яких не суперечить чинному законодавству України;
- додаткове бюджетне фінансування, що виділяється для ліквідації надзвичайних ситуацій;
- капітальні вкладення та дотації з бюджету.

Збитки, завдані поліклініці в результаті порушення її майнових прав громадянами, юридичними особами, державними органами відшкодовуються в судовому порядку.

Ціни (тарифи) на послуги, що надаються поліклінікою встановлюються згідно чинного законодавства України.

Поліклініка є неприбутковою юридичною особою з моменту реєстрації в порядку, визначеному законом, що регулює діяльність відповідної неприбуткової організації.

Доходи (прибутки) Поліклініки використовуються виключно для фінансування видатків на її утримання, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямків діяльності, визначених її статутом.

Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Поліклініки або їх частини між Засновником та працівниками (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску) та інших пов'язаних з нею осіб.

Величина необоротних, оборотних активів та власного капіталу КП «ХМЛДЦ» з 2017 по 2019 року змінювалася порізно (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Активи та пасиви КП «ХМЛДЦ», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Нефінансові активи	10 827,01	10 154,25	9 842,28	-672,76	-311,97
Основні засоби	16 055,17	15 360,19	9 647,94	-694,98	-5 712,24
Запаси	1 075,46	450,88	194,34	-624,58	-256,54
Фінансові активи	278,09	539,66	536,08	261,58	-3,58
Поточна дебіторська заборгованість: за розрахунками з бюджетом	0,00	8,02	0,00	8,02	-8,02
за розрахунками із соціального страхування	0,00	0,00	7,89	0,00	7,89
інша поточна дебіторська заборгованість	0,00	12,72	0,00	12,72	-12,72
Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у національній валюті, у тому числі в:	278,09	518,92	528,19	240,84	9,27
касі	13,95	16,37	0,15	2,42	-16,22
казначействі	264,14	502,56	528,04	238,42	25,49
Власний капітал та фінансовий результат	10 246,25	10 638,51	10 356,70	392,26	-281,81
Внесений капітал	9 751,55	9 876,87	10 446,72	125,32	569,86
Фінансовий результат	494,70	761,64	-90,02	266,94	-851,66
Зобов'язання	858,85	55,40	21,66	-803,45	-33,74

З таблиці 2.2 бачимо, що нефінансові активи КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років постійно скорочувалися, що відбувалося за рахунок зменшення вартості основних засобів та запасів.

Фінансові активи 2018 року збільшилися на 261,58 тис. грн, однак через рік вони скоротилися на 3,58 тис. грн.

Протягом 2017–2019 років за окремими складовими зростала також дебіторська заборгованість, обсяги грошових коштів та внесеного капіталу. Натомість зобов'язання підприємства скоротилися.

Динаміка зміни вартості активів та пасивів представлена на рис. 2.3.

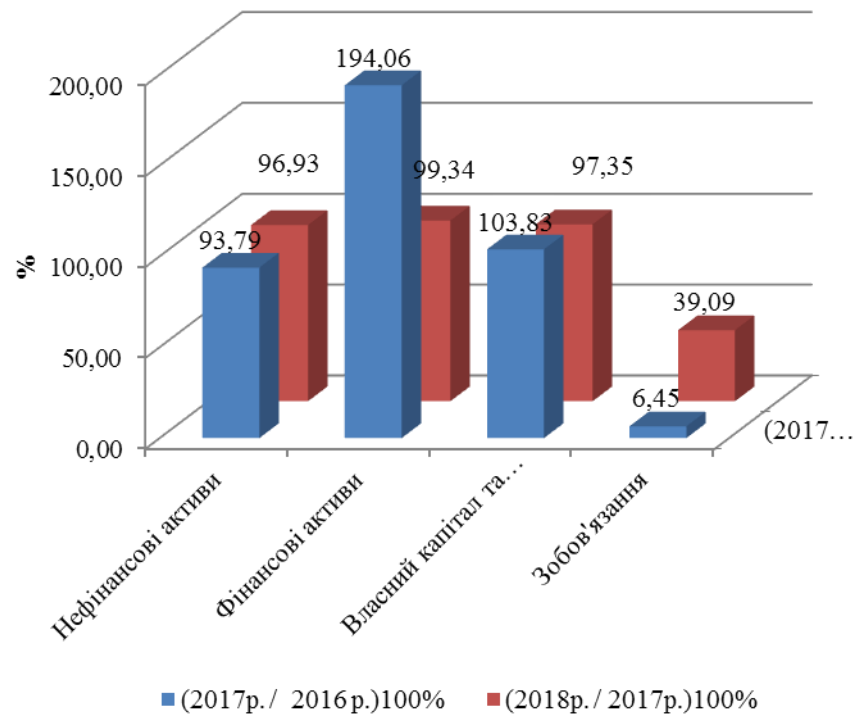


Рисунок 2.3 – Динаміки зміни вартості активів та пасивів КП «ХМЛДЦ»

Активи та пасиви КП «ХМЛДЦ» протягом 2018 року показали загальну низхідну динаміку. Через рік тенденція до зменшення зберіглася для зобов'язань та не фінансових активів. Фінансові активи 2019 року зросли на 94,06 %, Власний капітал збільшився на 3,83 відсотка.

Матеріально-технічне забезпечення поліклініки здійснюється, виходячи з необхідності його ефективної та ритмічної роботи, економічного використання матеріальних ресурсів. Оперативну діяльність по матеріально-технічному забезпеченню служб і підрозділів поліклініки виконує шляхом:

- придбання нового вискоєфективного обладнання, інструментарію, що забезпечує більш якісне і ефективне надання медичної допомоги населенню;
- утримання автотранспорту для виконання певних робіт.

До складу матеріальних і прирівняних до них витрат відносяться: кошти на оплату праці (крім всіх видів премій), канцелярські і господарські витрати, службові відрядження та учбові витрати, видатки на медикаменти та перев'язувальні засоби, придбання м'якого інвентарю, проведення ремонтних робіт.

Поліклініка встановлює ліміти витрат ресурсів за умови дотримання мінімальних нормативів в межах затвердженого кошторису.

Поліклініка здійснює оперативний, статистичний та бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде статистичну звітність відповідно до встановленого чинним законодавством порядку.

Первинний, оперативний, поточний облік та звітність в поліклініці проводиться в суворій відповідності до затверджених облікових та звітних форм.

Відомості не передбачені державною статистичною звітністю, можуть надаватись на договірній основі.

величини необоротних активів крайні три роки постійно зменшувалася, що відбувалося переважно за рахунок скорочення вартості основних засобів КП «ХМЛДЦ» (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3 – Аналіз матеріально-технічної бази КП «ХМЛДЦ», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/ 2017)100	(2019/ 2018)100
Разом доходи	15457,02	8871,80	6425,46	-6585,22	-2446,34	57,40	72,43
Середня кількість працівників	209	209	207	0	-2	100,00	99,04
Основні фонди, всього	9644,78	9647,94	9647,94	3,16	0,00	100,03	100,00
Первісна вартість	15360,19	15820,54	15820,54	460,35	0,00	103,00	100,00
Знос	5715,41	6172,60	6172,60	457,19	0,00	108,00	100,00
Фондоозброєність	46,15	46,16	46,61	0,02	0,45	100,03	100,97
Фондовіддача	1,60	0,92	0,67	-0,68	-0,25	57,38	72,43
Ступінь зношеності основних засобів, %	37,21	39,02	39,02	1,81	0,00	104,86	100,00

Вартість основних фондів КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років практично не змінюється. В 2018 році зросла на 3 % зросла їх первісна вартість,

але на 8 % збільшився знос. Тому фондоозброєність з 2017 по 2019 рік майже не змінювалася, а фондovіддаса суттєво скоротилася.

Якщо розглянути структуру основних засобів КП «ХМЛДЦ» (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Структура основних засобів КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік		Абс.відх. 2018-2017	Темп росту, % (2018/2017)100
	2017	2018		
Земельні ділянки	1691,626	1691,626	0	100
Будинки, споруди, передавальні пристрої	4221,30	4168,03	-53,26	98,74
Машини та обладнання	3194,22	3130,06	-64,16	97,99
Інструменти, прилади, інвентар (меблі)	160,42	157,59	-2,83	98,24
Тварини та багаторічні насадження	3,36	3,36	0,00	100,00
Малоцінні необоротні матеріальні активи	350,39	475,64	125,25	135,75
Білизна, постільні речі, одяг та взуття	23,48	21,65	-1,84	92,18
Разом	9644,78	9647,94	3,16	100,03

Практично за усіма складовими основних засобів КП «ХМЛДЦ» з 2017 по 2018 роки відбулося скорочення вартості. Збільшилася вартість лише малоцінних необоротних матеріальних активів. Вартість земельних ділянок, тварин та багаторічних насаджень не змінилася. Тому, загальна величина основних засобів теж майже не змінилася.

Структура основних засобів КП «ХМЛДЦ» представлено на рисунку 2.4., динаміку складових структурних елементів на рис. 2.5.



Рисунок 2.4 – Структура основних засобів КП «ХМЛДЦ» 2017 року

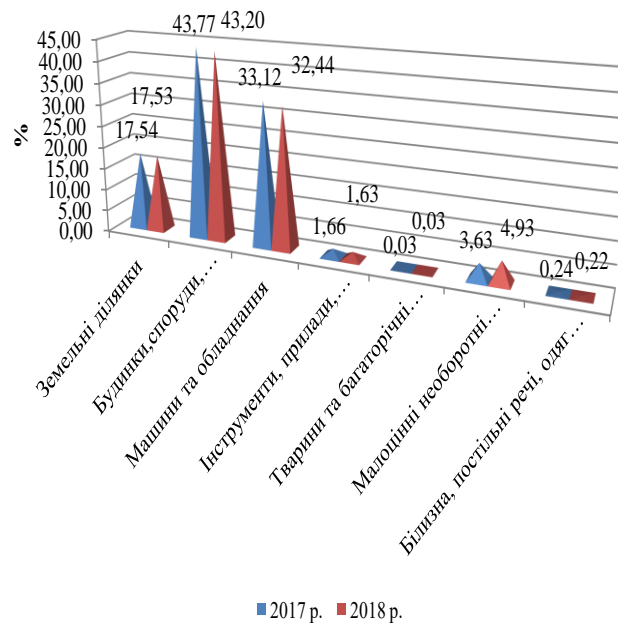


Рисунок 2.5 – Динаміка структури основних засобів КП «ХМЛДЦ»

Як бачимо найбільша частка будинків, споруд та передавальних пристроїв, хоч вона й зменшилася на 0,57 % у 2018 році. Вагомою також є частка машин та обладнання у структурі основних засобів КП «ХМЛДЦ», але вона теж зменшується до 2018 року. Майже 18 % у структурі основних засобів займають земельні ділянки. Питома вага інших структурних одиниць не перевищує 5 відсотків.

Щодо фінансових результатів КП «ХМЛДЦ» слід зазначити, що через реорганізацію підприємства 2018 року порядок ведення його звітності дещо змінювався протягом 2017–2019 років, тому порівнювати показники різних років дуже важко і не завжди припустимо.

З таблиці 2.5 видно, що з 2017 року доходи та витрати КП «ХМЛДЦ» скорочувалися паралельно.

Таблиця 2.5 – Фінансові результати КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Усього доходів від обмінних операцій	15 442,29	8 858,06	6 396,63	-6 584,24	-2 461,42
Усього доходів від необмінних операцій	14,73	13,74	28,83	-0,98	15,08
Усього доходів	15 457,02	8 871,80	6 425,46	-6 585,22	-2 446,34
Усього витрат за обмінними операціями	15 442,24	7 945,94	5 540,53	-7 496,30	-2 405,41
Усього витрат за необмінними операціями	25,95	819,84	884,93	793,89	65,09
Усього витрат	15 468,19	8 765,78	6 425,46	-6 702,41	-2 340,32
Профіцит/дефіцит за звітний період	-11,17	106,02	0,00	117,19	-106,02

Це вплинуло на результативність діяльності підприємства, тому 2017 року у КП «ХМЛДЦ» дефіцит склав 11,17 тис.грн.

У структурі елементів витрат за обмінними операціями лєвова частка належить заробітній платі та матеріальним витратам (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Елементи витрат за обмінними операціями КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Витрати на оплату праці	9815,42	5093,47	3895,33	-4721,95	-1198,14
Відрахування на соціальні заходи	1963,35	1037,26	789,53	-926,09	-247,73
Матеріальні витрати	3189,83	1762,56	842,88	-1427,27	-919,68
Амортизація	196,33	52,66	0,00	-143,68	-52,66
Інші витрати	277,31	0,00	12,79	-277,31	12,79
Усього	15442,24	7945,94	5540,53	-7496,30	-2405,41

Абсолютна величина усіх складових елементів протягом 2017–2019 років скорочувалася більшою чи меншою мірою.

Що стосується питомої ваги усіх складових елементів витрат, то їх зміни докладніше можна побачити з рисунку 2.6.

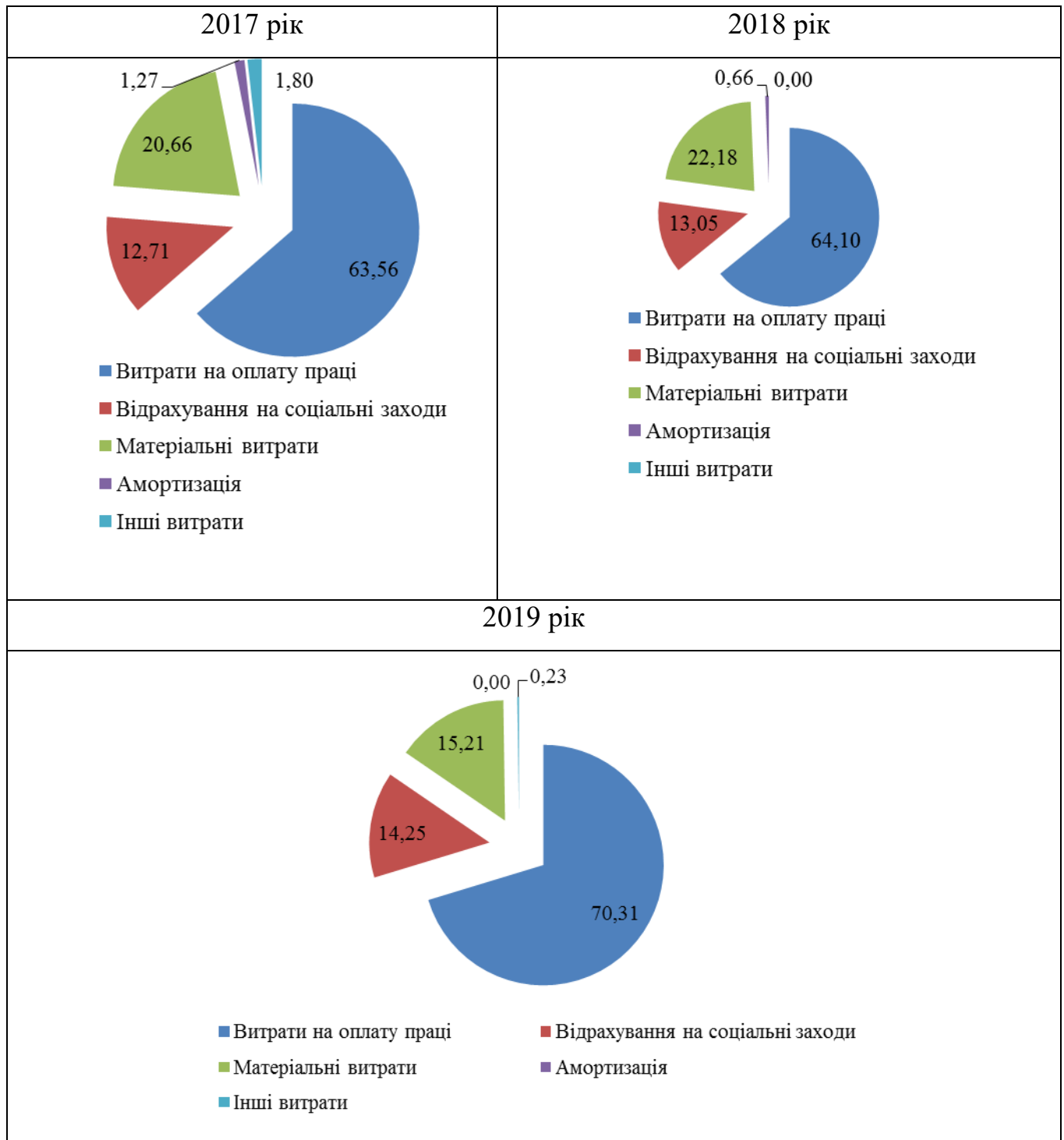


Рисунок 2.6 – Структура елементів операційних витрат КП «ХМЛДЦ»

Причому, якщо частка витрат на зарплату 2017 року становили 63,56 %, то 2019 року вона вже збільшилася до 70,31 відсотка.

Динаміка елементів витрат за обмінними операціями КП «ХМЛДЦ» представлена на рис. 2.7.

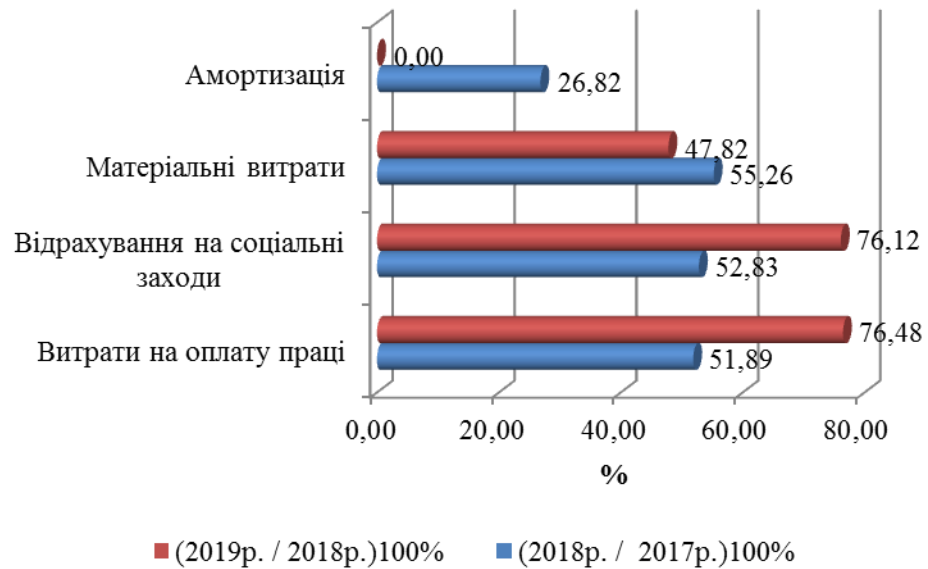


Рисунок 2.7 – Динаміка елементів витрат за обмінними операціями КП «ХМЛДЦ»

Бачимо, що 2018 року скорочення величини елементів за усіма статтями склало від 75 до 45 відсотків.

Досить позитивною є тенденція до зростання капітальних інвестицій в основні засоби КП «ХМЛДЦ» (табл. 2.7).

Таблиця 2.7 – Капітальні інвестиції КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Капітальні інвестиції в основні засоби	275,43	428,95	435,83	153,52	6,88	155,74	101,60
Капітальні інвестиції в інші необоротні матеріальні активи	177,46	299,30	120,93	121,83	-178,36	168,65	40,41
Разом	452,89	728,25	556,77	275,36	-171,48	160,80	76,45

В 2018 році приріст капітальних інвестицій в основні засоби склав 55,74 %, через рік – 1,6 відсотків. Капітальні інвестиції в інші необоротні матеріальні

активи 2018 року збільшилися на 60,80 %, але 2019 року зменшилися на 23,55 відсотків.

Серед виробничих запасів поліклініки можемо побачити (табл. 2.8) медикаменти та перев'язувальні матеріали, паливо-мастильні матеріали, запасні частини, інші виробничі запаси, малоцінні та швидкозношувальні предмети.

Таблиця 2.8 – Виробничі запаси КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	399,31	114,90	263,56	-284,40	148,66
Паливо-мастильні матеріали	1,95	10,97	16,28	9,02	5,31
Запасні частини	17,14	17,67	3,02	0,53	-14,64
Інші виробничі запаси	32,49	35,81	18,78	3,32	-17,03
Малоцінні та швидкозношувальні предмети	0,00	14,99	19,79	14,99	4,80
Разом	450,88	194,34	329,43	-256,54	135,09

Загальна величина виробничих запасів протягом 2017–2019 років коливалася: на початку періоду скоротилася майже вдвічі, наприкінці – значно зросла (за рахунок збільшення медикаментів, перев'язувальних матеріалів, паливо-мастильних матеріалів, малоцінних та швидкозношувальних предметів).

Докладніше про те, як усі перелічені вище тенденції відобразилися на загальній ефективності діяльності підприємства проаналізуємо у наступному підпункті цього розділу.

#### 2.4 Аналіз ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ»

У теоретичному розділі дипломої роботи ми з'ясували, що поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального

виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших заходів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними є медична та соціальна ефективність. Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок і взаємообумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

Аналіз ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ» розпочнемо з огляду медичної та соціальної ефективності функціонування поліклініки (табл. 2.9).

З таблиці 2.9 бачимо, що захворюваність населення протягом 2017–2019 років значно зростає практично за усіма хворобами.

Досить невтішною є тенденція щодо збільшення виявлення новоутворень, зростання кількості хвороб системи кровообігу (на 20 в 2019 році при зменшенні їх на 426 – 2018 року), органів травлення, кишечника та очеревини.

Причому 2018 року було зафіксовано скорочення захворюваності щодо усіх хвороб, крім виявлення новоутворень. Натомість, 2019 рік ознаменувався негативними тенденціями відносно переважної більшості хвороб (рис.2.8).

Таблиця 2.9 – Обсяги та структура рівня захворюваності населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ»

Найменування класів та окремих хвороб	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Усі хвороби:					
дорослі (18р. і старші)	1489	845	984	-644	139
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	780	439	385	-341	-54
у тому числі деякі інфекційні та паразитарні хвороби					
дорослі (18р. і старші)	14	5	7	-9	2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	10	3	4	-7	1
Новоутворення					
дорослі (18р. і старші)	171	306	466	135	160
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	77	204	358	127	154
з них доброякісні новоутворення шкіри					
дорослі (18р. і старші)	86	44	42	-42	-2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	38	15	23	-23	8
молочної залози					
дорослі (18р. і старші)	4	1	1	-3	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	3	0	1	-3	1
Хвороби системи кровообігу					
дорослі (18р. і старші)	694	268	288	-426	20
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	382	138	135	-244	-3
атеросклероз					
дорослі (18р. і старші)	75	30	28	-45	-2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	61	24	21	-37	-3
флебіт, тромбо-флебіт, арикозне розширення вен					
дорослі (18р. і старші)	256	110	71	-146	-39
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	150	63	43	-87	-20
Хвороби органів травлення					
дорослі (18р. і старші)	212	96	107	-116	11
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	123	36	50	-87	14
дорослі (18р. і старші)	3	2	1	-1	-1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	0	0	0	0	0
неспецифічний виразковий коліт					
дорослі (18р. і старші)	3	1	1	-2	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	2	0	0	-2	0
інші хвороби кишечника та очеревини					
дорослі (18р. і старші)	51	23	51	-28	28
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	15	4	13	-11	9
жовчнокам'яна хвороба					
дорослі (18р. і старші)	39	14	15	-25	1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	27	9	12	-18	3
хвороби підшлункової залози					
дорослі (18р. і старші)	6	2	3	-4	1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	5	0	1	-5	1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини					
дорослі (18р. і старші)	303	133	94	-170	-39
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	130	44	27	-86	-17
з них інфекції шкіри та підшкірної клітковини					
дорослі (18р. і старші)	120	73	47	-47	-26
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	41	31	14	-10	-17
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини					
дорослі (18р. і старші)	44	15	10	-29	-5
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	30	3	4	-27	1
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення					
дорослі (18р. і старші)	8	1	1	-7	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	2	1	0	-1	-1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин					
дорослі (18р. і старші)	38	20	11	-18	-9
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	22	9	3	-13	-6

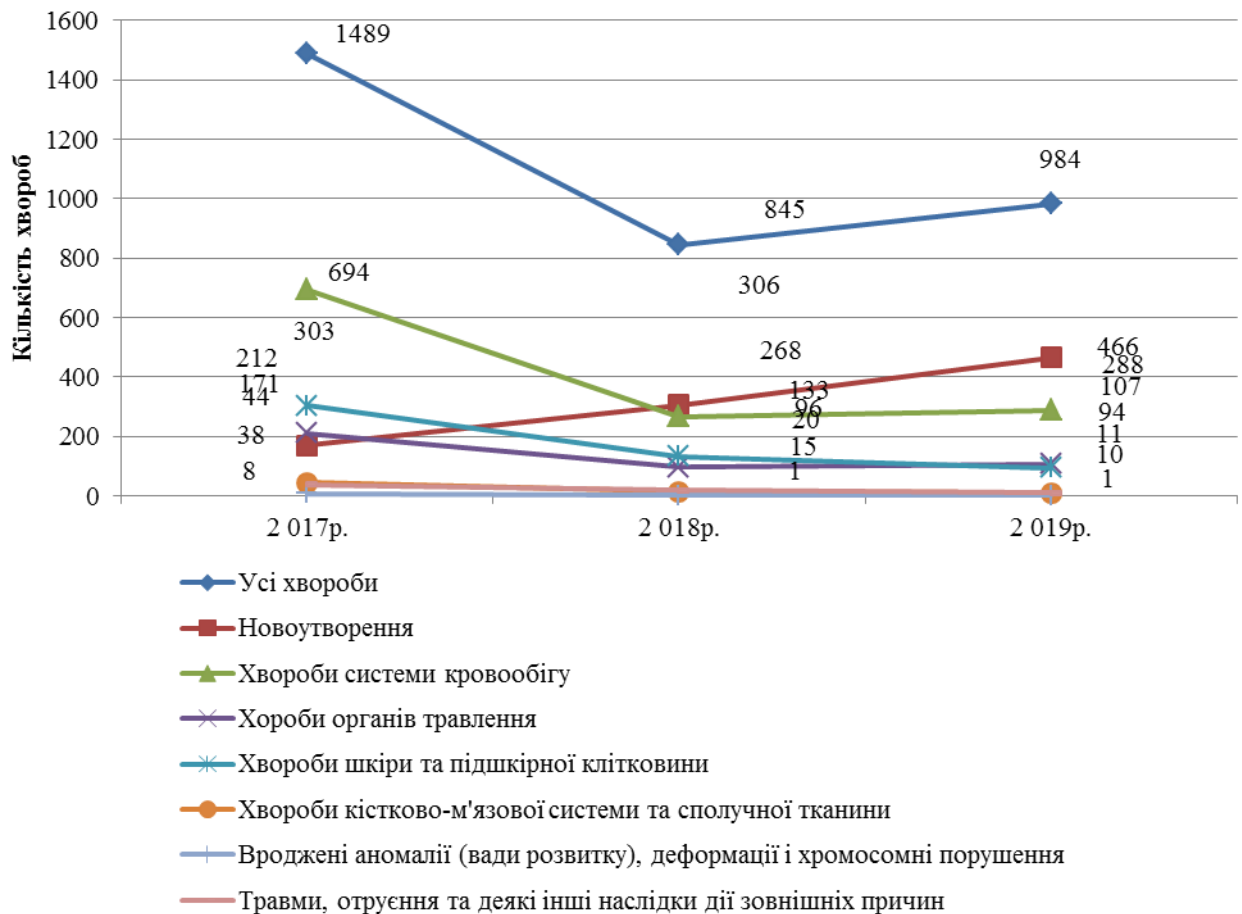


Рисунок 2.8 – Абсолютна величина кількості хвороб населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ»

Можна назвати досить складною ситуацію з зростаючим виявленням новоутворень, якщо 2017 року їх було 171, то 2019 року вже 466.

Що стосується динаміки захворюваності населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ» (рис. 2.9), то вона, на жаль, є висхідною 2019 року практично за уіма найвагомими складовими. Хоча 2018 року спостерігається найбільше скорочення щодо практично усіх хвороб, однак досить негативні результати захворюваності населення засвідчують існуючу негативну тенденцію. Очевидною є проблема з профілактикою та ранньою діагностикою перелічених хвороб.

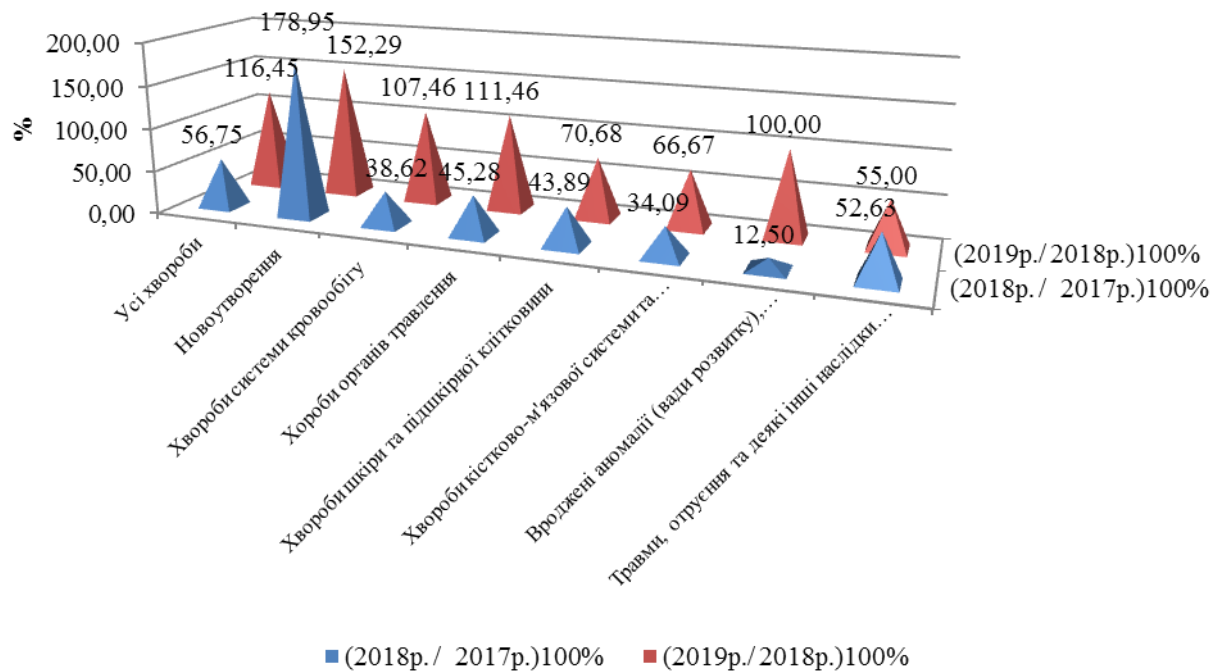


Рисунок 2.9 – Динаміка захворюваності населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ»

Якщо проаналізувати активність відвідування населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ» за окремими фахівцями поліклініки, то побачимо значне скорочення візитів пацієнтів закладу уцілому та за різними причинами (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Відвідування хірурга населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Всього прийнято хворих	6768	3185	2414	-3583	-771	47,06	75,79
із них по захворюванню	5171	2452	1880	-2719	-572	47,42	76,67
Профілактичні огляди	1597	733	534	-864	-199	45,90	72,85

Майже на половину менше хірург КП «ХМЛДЦ» оглянув 2018 року усіх пацієнтів, а також з причини захворюваності та профілактики. В 2019 році негативна тенденція все ще зберіглася, хоча й динаміка трохи сповільнилася.

Натомість відвідування онколога населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років зросло на 236 % на початку періоду та на 54 % – вкінці (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 – Відвідування онколога населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Всього прийнято хворих	251	844	1300	593	456	336,25	154,03
із них по захворюванню	251	844	1300	593	456	336,25	154,03

Якщо ж проаналізувати структуру доходів та витрат КП «ХМЛДЦ» (табл 2.12), то побачимо, що доходи від бюджетних асигнувань в 2019 році скоротилися майже на 70 %, надання послуг поліклінікою зменшилося більше ніж на 80 відсотків.

Таблиця 2.12 – Доходи та витрати КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Доходи - усього	15457,02	19858,73	6425,46	4401,72	-13433,28	128,48	32,36
у тому числі, від обмінних операцій:							
бюджетні асигнування	14439,34	18936,53	6245,23	4497,18	-12691,30	131,15	32,98
надання послуг	437,75	426,51	79,42	-11,24	-347,09	97,43	18,62
інші доходи від обмінних операцій	565,19	468,70	71,27	-96,50	-397,42	82,93	15,21
від необмінних операцій: гранти та дарунки	14,73	25,39	28,83	10,66	3,44	172,40	113,53
Витрати - всього	15468,19	3860,77	897,72	-11607,42	-2963,05	24,96	23,25
Сума отриманих активів, рбіт (послуг) у натуральній формі	33,98	150,29	33,26	116,31	-117,03	442,35	22,13

Досить позитивним водночас є значне зростання доходів за рахунок збільшення грантів та дарунків.

Такий висновок підтверджують також показники-складові власного капіталу поляклініки (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 – Власний капітал КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік		
	2017	2018	2019
Залишок на початок року	10246,25	10638,51	10356,70
внесений капітал	9751,55	9876,87	10446,72
фінансовий результат	494,70	761,64	-90,02
Скоригований залишок на початок року	0,00	10638,51	10356,70
внесений капітал	0,00	9876,87	10446,72
фінансовий результат	0,00	761,64	-90,02
Профіцит/дефіцит за звітний період	(-11,168)	(-956,789)	0,00
внесений капітал	0,00	0,00	0,00
фінансовий результат	(-11,168)	(-956,789)	0,00
Інші зміни в капіталі	(-44,141)	674,98	(-10356,702)
внесений капітал	(-322,250)	569,86	(-10446,722)
фінансовий результат	278,11	105,13	90,02
Разом зміни у капіталі	392,26	(-281,806)	(-10356,702)
внесений капітал	125,32	569,86	(-10446,722)
фінансовий результат	266,94	(-851,662)	90,02
Залишок на кінець року	10638,51	10356,70	0,00
внесений капітал	9876,87	10446,72	0,00
фінансовий результат	761,64	(-90,020)	0,00

Що стосується вартості грошових коштів КП «ХМЛДЦ», то надходження від бюджетних асигнувань з 2018 по 2019 рік зросли більше ніж у 3 рази, а надходження від надання послуг у три рази скоротилося (табл. 2.14).

Загальна сума витрат від операційної діяльності в 2018 році значно зменшилася, через рік знову зросла. Чистий рух коштів від операційної діяльності КП «ХМЛДЦ» до 2019 року скоротився вдвічі. Чистий рух коштів від інвестиційної діяльності протягом розрахункового періоду був постійно

від’ємним. Чистий рух коштів за звітний період 2017 року становив 238,42 тис. грн, 2018 року – 9,27 тис. грн., через рік зазнав скорочення на 528,192 тис. грн.

Таблиця 2.14 – Рух грошових коштів КП «ХМЛДЦ», тис. грн

Показник	Рік		
	2017	2018	2019
I Рух коштів у результаті операційної діяльності			
Надходження від обмінних операцій:			
бюджетні асигнування	14 538,47	18 936,53	62 452,32
надходження від надання послуг (виконання робіт)	608,18	623,44	216,99
надходження від продажу активів	0,00	1,61	703,00
інші надходження від обмінних операцій	597,18	716,58	260,34
Надходження від необмінних операцій:			
інші надходження від необмінних операцій	33,98	150,29	33,26
Інші надходження	116,56	340,92	59,00
Усього надходжень від операційної діяльності	15 894,35	20 769,36	6 815,52
Витрати за обмінними операціями:			
витрати на виконання бюджетних програм	14 538,47	15 641,40	5 379,63
витрати на виготовлення продукції (надання послуг, виконання робіт)	966,93	755,31	961,28
інші витрати за обмінними операціями	0,00	560,84	12,79
Витрати за необмінними операціями:			
інші витрати за необмінними операціями	33,98	3299,93	884,93
Інші витрати	116,56	357,13	58 996,00
Усього витрат від операційної діяльності	15 655,93	7 297,63	20 614,61
Чистий рух коштів від операційної діяльності	238,42	154,75	(-482,112)
II Рух коштів у результаті інвестиційної діяльності			
Надходження цільового фінансування	158,78	305,22	135,76
Усього надходжень від інвестиційної діяльності	158,78	305,22	135,76
Усього витрат від інвестиційної діяльності	158,78	450,71	181,84
Чистий рух коштів від інвестиційної діяльності	0,00	(-145,483)	(-46,080)
III Рух коштів у результаті фінансової діяльності			
Чистий рух коштів від фінансової діяльності			
Чистий рух коштів за звітний період	238,42	9,27	(-528,192)
Залишок коштів на початок року	278,09	518,92	528,19
Надходження в натуральній формі	0,00	150,29	33,26
Витрати в натуральній формі	0,00	150,29	33,26
Залишок коштів на кінець року	518,92	528,19	0,00

Як результат загальні показники ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ» (табл. 2.15) підтверджують попередні висновки та засвідчують нагальну необхідність впровадження заходів з її підвищення.

Таблиця 2.15 – Показники ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Продуктивність праці персоналу, тис.грн/ос.	73,96	42,45	31,04	-31,51	-11,41	57,40	73,13
Рентабельність (збитковість), %	-0,07	1,21	0,00	1,28	-1,21	-1675,20	0,00
Фондоозброєність, тис.грн	46,15	46,16	46,61	0,02	0,45	100,03	100,97
Фондовіддача, тис.грн	1,60	0,92	0,67	-0,68	-0,25	57,38	72,43

Для визначення стратегічних цілей організації нами був використаний SWOT-аналіз, тобто визначення сильних (Strengths) та слабких (Weaknesses) сторін амбулаторії, можливостей (Opportunities) та загроз (Threats) (рис. 2.10).

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кваліфікований персонал.</li> <li>2. Надання якісної медичної допомоги</li> <li>3. Бажання змін та подальшого вдосконалення процесу надання первинної та діагностичної медичної допомоги.</li> <li>4. Зручне розташування, безпека при наданні медичної допомоги.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слабка корпоративна культура.</li> <li>2. Низька мотивація середнього та молодшого медичного персоналу до змін.</li> <li>3. Організаційна структура неефективна: горизонтальні зв'язки погано розвинені, працюють лише вертикальні зв'язки; директивна форма управління; відсутня можливість оптимізації процесів та зворотного зв'язку від персоналу для покращення процесів.</li> <li>4. Вузький спектр послуг первинної допомоги.</li> <li>5. Обмежений спектр лабораторних досліджень (не визначається: біохімія крові, ацетон, розгорнутий аналіз крові).</li> <li>6. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення (високий рівень зношеності обладнання, неможливість списання та оновлення матеріально-технічної бази).</li> <li>7. Відсутність власного рахунка, неможливість залучення додаткових коштів, залежність від централізованого фінансування.</li> </ol>
Можливості	Загрози
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збільшення попиту на послуги за рахунок значного збільшення населення на території обслуговування (новобудови, міграція населення).</li> <li>2. Запит суспільства на позитивні зміни, отримання доступної, професійної, кваліфікованої, якісної медичної допомоги (якісною є доступна, кваліфікована, безпечна, ефективна, орієнтована на пацієнта, вчасна, раціональна та справедлива допомога).</li> <li>3. Залучення фахівців другого рівня для надання допомоги (консультації «вузьких» спеціалістів).</li> <li>4. Підтримка місцевих органів влади.</li> <li>5. Нормативна підтримка впровадження e-health.</li> <li>6. Розповсюдження інформації через соцмережі та офіційний сайт (на дільниці збільшилась кількість населення молодого віку).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Немає відповідної сучасним вимогам законодавчої бази (неможливість оптимізації штатного розпису, відкриття власного рахунка та залучення додаткових коштів).</li> <li>2. Незрозуміла політика держави щодо реформування сфери охорони здоров'я.</li> <li>3. Нестабільна фінансова ситуація в Україні.</li> <li>4. Конкуренція (актуально, передусім, за умови внесення відповідних змін до зако</li> </ol>

Рисунок 2.10 – SWOT-аналіз КП «ХМЛДЦ»

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КП «ХМЛДЦ» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «ХМЛДЦ» зменшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися. Ефективність діяльності КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років за медичною, соціальною та економічною складовими була досить невисокою.

Тому подальшими перспективами розвитку КП «ХМЛДЦ» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг після медичної реформи в 2020 році, для поліклініки було обрано наступні ключові стратегічні напрями:

- забезпечення високого рівня рівня та доступності медичних послуг;
- підвищення рівня задоволення пацієнтів;
- покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу;
- оптимізація діяльності лікарні тощо.

## **Висновки до другого розділу**

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КП «ХМЛДЦ» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «ХМЛДЦ» зменшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися.

Ефективність діяльності КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років за медичною, соціальною та економічною складовими була досить невисокою.

Що стосується динаміки захворюваності населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ», то вона, на жаль, є висхідною 2019 року практично за усіма найвагомими складовими. Хоча 2018 року спостерігається найбільше скорочення щодо практично усіх хвороб, однак досить негативні результати захворюваності населення засвідчують існуючу негативну тенденцію. Можна назвати досить складною ситуацію з зростаючим виявленням новоутворень, якщо 2017 року їх було 171, то 2019 року вже 466. Очевидною є проблема з профілактикою та ранньою діагностикою перелічених хвороб. Адже якщо проаналізувати активність відвідування населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ» за окремими фахівцями поліклініки, то побачимо значне скорочення візитів пацієнтів закладу уцілому та за різними причинами

Як результат загальні показники ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ» підтверджують попередні висновки та засвідчують нагальну необхідність впровадження заходів з її підвищення. Тому подальшими перспективами розвитку КП «ХМЛДЦ» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг після медичної реформи в 2020 році, для поліклініки було обрано наступні ключові стратегічні напрями: забезпечення високого рівня рівня та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

### **3 ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР» ЧЕРЕЗ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ НИМ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ**

#### **3.1 Використання інструменту інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг**

Ефективне управління якістю послуг сьогодні – це одне з найважливіших стратегічних завдань, що стоять перед медичними установами.

В умовах української медицини це вимагає радикальної зміни наявної ситуації та розробку програми, спрямованої на пріоритети якості.

Поширена думка, що брак коштів перешкоджає реалізації цієї мети, – не зовсім правильна, тому що існують так звані «безінвестиційні можливості», щодо покращення якості медичних послуг, а в багатьох випадках можлива зміна розподілу наявних у розпорядженні лікувальних закладів ресурсів, яка покращить якість.

У високій якості медичних послуг повинні бути зацікавлені, перш за все, пацієнти, проте і самі заклади охорони здоров'я мають підвищувати рівень запропонованих медичних послуг. Це дасть змогу останнім збільшити шанси на ринку конкурентів, що вплине на кількість потенційних пацієнтів.

Кожна діяльність спрямована на досягнення кінцевого результату. Досягнення мети можливе при ефективному використанні наявних засобів, практичних навичок, інформаційно-комунікаційної складової. Охорона здоров'я не є винятком (рис. 3.1).

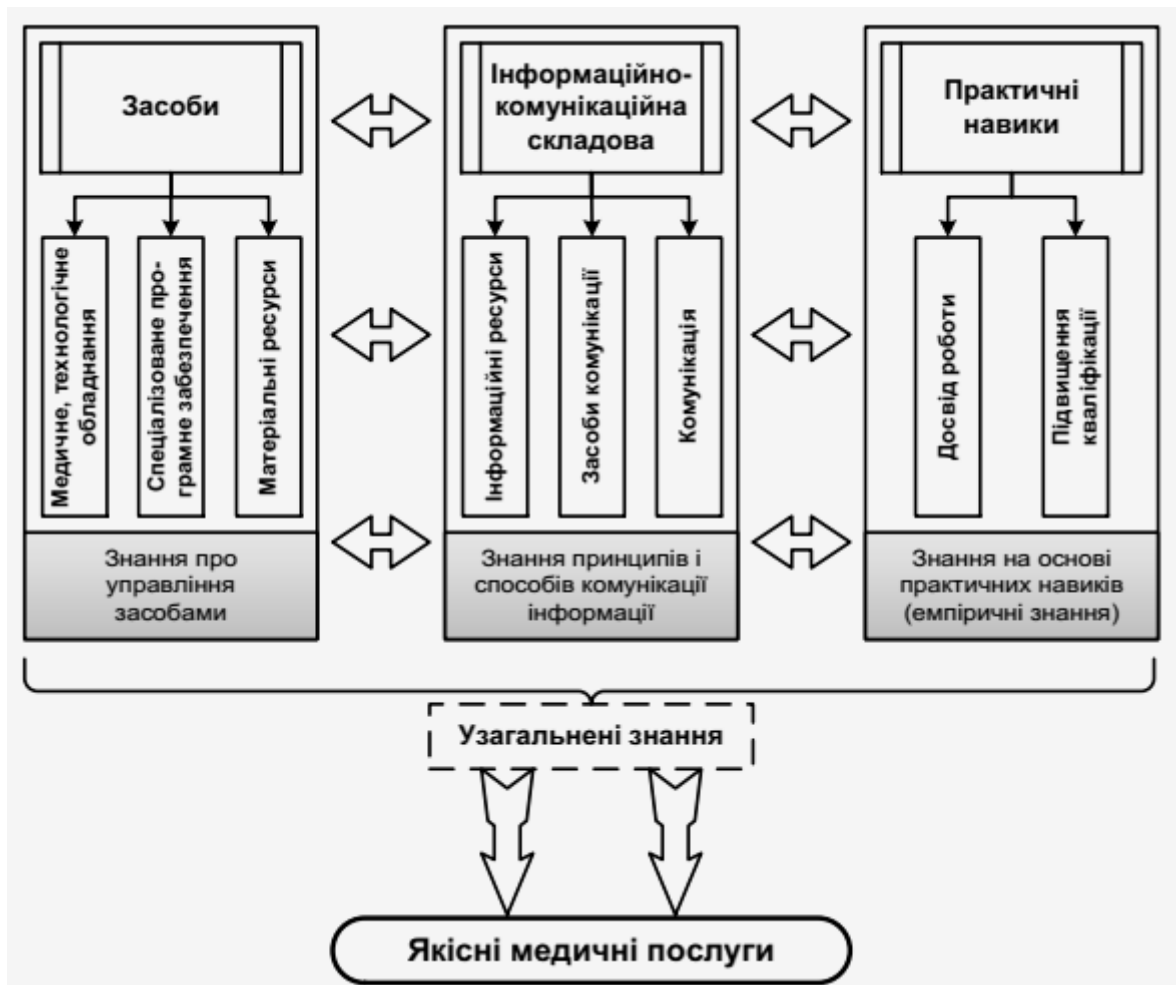


Рисунок 3.1 – Складові елементи процесу досягнення якості медичних послуг

Основа функціонування медичних закладів – це передусім забезпечення засобами, зокрема:

- медичним устаткуванням;
- спеціалізованим програмним забезпеченням;
- матеріальним ресурсами.

Наявність високотехнологічного медичного обладнання в лікувальному закладі характеризує його як сучасну медичну установу. Забезпечення лікарні медичним устаткуванням повинно слугувати не лише вимогам надання медичної допомоги, але і спеціалізації лікувального закладу.

До спеціалізованого програмного забезпечення, необхідного лікувальному закладу, можна віднести системи управління базами даних (для ведення баз даних

про пацієнтів, працівників, історії хвороб тощо), програми для обробки результатів ультразвукової діагностики, спеціалізовані графічні програми для обробки і проведення рентгеноскопичних досліджень тощо.

Важливим аргументом на користь останнього є забезпечення висококваліфікованим персоналом, діяльність якого спирається на знання та вміння. Щодо людських ресурсів, то необхідно брати до уваги важливі аспекти. Мова йде не так про дотримання вимоги стосовно підвищення кваліфікації працівників відповідно до спеціалізації лікувального закладу (лікарні, реабілітаційний центр і под.), як про здатність адаптуватися до сформованого колективу та працювати єдиною командою.

Безперервне, повномасштабне функціонування лікувального закладу не можливе без належного забезпечення його матеріальними ресурсами.

Однак, наявність усіх перелічених ресурсів сама по собі не дасть можливості використати їх за призначенням. Важливим елементом, що не лише об'єднує згадані ресурси, але й дозволяє їм досягнути поставленої мети, є знання про управління засобами. Такі знання стосуються не лише забезпечення наявності перелічених ресурсів, але й врахування їхньої специфіки.

Наявність матеріальних ресурсів спрямована на забезпечення повноцінної роботи лікувального закладу. Так, важливим аспектом є оптимізація згаданих ресурсів за допомогою, наприклад управлінських знань.

Практичні навички і вміння утворюють наступний блок, який безпосередньо впливає на отримання пацієнтами якісних медичних послуг. У цьому контексті варто розглядати два аспекти:

- досвід роботи;
- підвищення кваліфікації.

Цей блок ґрунтується на емпіричних знаннях. Досвід роботи дозволяє працівникам, спираючись на отримані знання у вищих навчальних закладах, виробити певні практичні навички, які стануть у нагоді в їхній подальшій професійній діяльності.

Загалом, розглядаючи поняття «якості медичних послуг», варто брати до уваги неоднозначність його трактування. Причина цього криється в сутності згаданого поняття, яке варто розглядати як з точки зору пацієнтів, так і діяльності лікувальних закладів. Іншими словами, одну і ту ж медичну послугу можна оцінити під кутом якості різними пацієнтами, які напрацювали для себе різні критерії оцінки якості. У той же час, пацієнти оцінюють якість послуг суб'єктивно і відносно, порівнюючи їх з іншими (наприклад тих, якими раніше користувалися).

Розглянемо відомі в світовій практиці чинники якості медичних послуг, зокрема: матеріальність; доступність; естетика; догляд; чистота (охайність); комфорт; комунікація тощо.

Загалом, визначення чинників що впливають на якість медичних послуг є обов'язковою умовою, а проте недостатньою для ефективного управління лікувальним закладом та якістю запропонованих послуг. Важливо при цьому затвердити стандарти якості, про які ми згадували раніше.

В аспекті медичних послуг цьому сприяють встановлені процедури, стандарти у вигляді так званого «пакету вигідних пропозицій», що пропонуються для пацієнтів. Їх питома вага має велике значення, оскільки медичні послуги характеризуються високим ступенем контакту з пацієнтом.

Таким чином, вони розглядаються в більшості випадків, як «процес» (наприклад, лікування конкретного захворювання особи), а не «продукт» (наприклад, діагностика). Визначення якості «процесу» набагато складнішим, ніж визначення якості продукту.

Важливо, щоб медичні організації та заклади не тільки оцінювали якість, але і мали змогу управляти нею належним чином. У цьому зв'язку необхідно для КП «ХЛМДЦ»:

- визначити ключові атрибути якості обслуговування з погляду керівництва і пацієнта;
- виявити прогалини щодо сприйняття та забезпечення очікувань хворих;

– розуміння наслідків того, що управління якістю послуг дає змогу усувати вразливі місця процесу.

У практиці відомі такі групи найбільш поширених прогалин, які ведуть до появи послуг низької якості:

– розрив між очікуваннями пацієнтів та уявлення керівництва;  
– розрив між сприйняттям і окресленням якості медичної послуги;  
– розрив між встановленням якості послуг та рівнем медичних послуг, що надаються. Причина цього може критися в низькому рівні кваліфікації персоналу або ж наявності понаднормового залучення медичного персоналу до чергувань, що безпосередньо впливає на низький рівень послуг;

– розрив між рівнем наданих і задекларованих послуг, тобто якщо пацієнту було гарантовано лікування та перебування в зручній палаті на одного, а його кладуть до загальної палати на вісьмох без необхідних зручностей, то рівень надаваних послуг значно відстає від очікувань хворих.

– уразливість виникає при наявності суттєвих відмінностей в оцінці сутності і помилкового сприймання якості обслуговування. Багаторазові відвідини лікарем пацієнта можуть бути потрактовані з різних точок зору.

Визначення та врахування усіх можливих прогалин, дозволить здійснювати ефективне управління якістю. Наслідки такого управління можуть призвести до певних результатів, котрі спричинять зміни (вплив) на певні групи (рис. 3.2) [28].

У рамках контролю та покращення якості наданих медичних послуг і з метою дослідження результативності якості необхідно в центр процесу поставити пацієнта. І досить важливого значення у цьому аспекті набуває забезпечення належної поінформованості пацієнта. Як і будь-яке управління якістю медичних послуг із метою виявлення та розв'язання проблем не можливе без ґрунтовного інформаційного забезпечення. Це не лише полегшить зазначений процес, але й дозволить його оптимізувати.

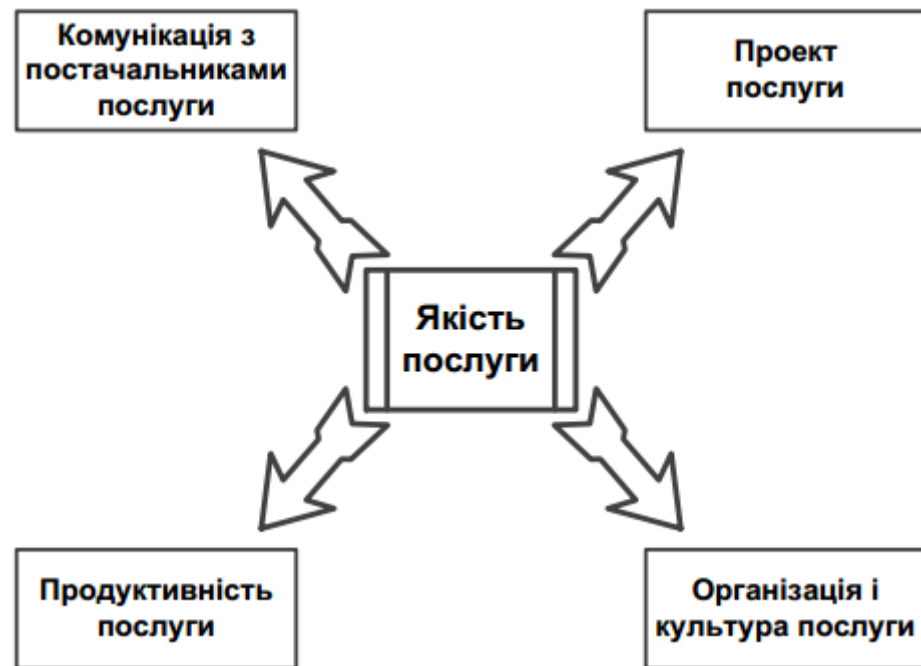


Рисунок 3.2 – Вплив якості послуг на визначені групи

Інформація має вагомий вплив на діяльність будь-яких фірм, і КП «ХЛМДЦ» не виняток. Оскільки останній надає послуги, інформація найчастіше стосується наданих медичних послуг. Мало того, інформація в системі охорони здоров'я є специфічною категорією, тому що часто стосується не лише стану здоров'я пацієнта, але й прогнозів щодо можливого розвитку хвороби чи її усунення.

Завдання управління інформацією в галузі охорони здоров'я полягає в створенні такого інформаційного середовища, яке б об'єднувало користувачів охорони здоров'я з надавачами цих послуг та відповідало б чинній системі охорони здоров'я. Це ще одна причина, чому варто обробляти інформацію в автоматичному режимі.

Збір управлінської інформації потребує систематизації, а для цього її варто умовно поділити на три групи (рис. 3.3):

- інформація стратегічного планування;
- контролінгова інформація;
- оперативна інформація.



Рисунок 3.3 – Групування управлінської інформації для КП «ХЛМДЦ»

Перший блок містить інформацію, що стає підставою для прийняття рішень та встановлення довготермінових цілей вищим керівництвом КП «ХЛМДЦ», а також слугує засобом накопичення ресурсів для досягнення згаданих цілей і формулювання політики їх досягнення. Ця інформація може включати перспективні оцінки середовища, економічні прогнози і демографічні тенденції.

Другий блок інформації використовується менеджерами КП «ХЛМДЦ» середнього рівня для координації різних підконтрольних їм дій, оптимізації ресурсів у відповідності із завданнями і розробками оперативних планів.

Оперативна інформація дозволяє виконувати фінансові розрахунки, розрахунки заробітної платні і звичайні повсякденні операції. Даний вид інформації дає змогу оперативно реагувати на зміни, що відбуваються на ринку медичних послуг.

Ефективність будь-якої інформаційної системи значною мірою залежить від якості інформації, яка до неї вводиться. Необхідний рівень якості забезпечується шляхом фільтрації вхідного потоку інформації.

У сучасних інформаційних системах відбір інформації є обов'язковим етапом перетворення інформаційного потоку і потребує формулювання загальних та окремих критеріїв відбору інформації на вході до інформаційної системи, а також визначення принципів відбору документів і відомостей для різних цілей інформаційного забезпечення.

Загалом, якість інформаційних систем варто досліджувати під різним кутом, а саме з погляду (рис. 3.4):

- системного адміністратора;
- відділу якості;
- управлінців;
- пацієнтів.

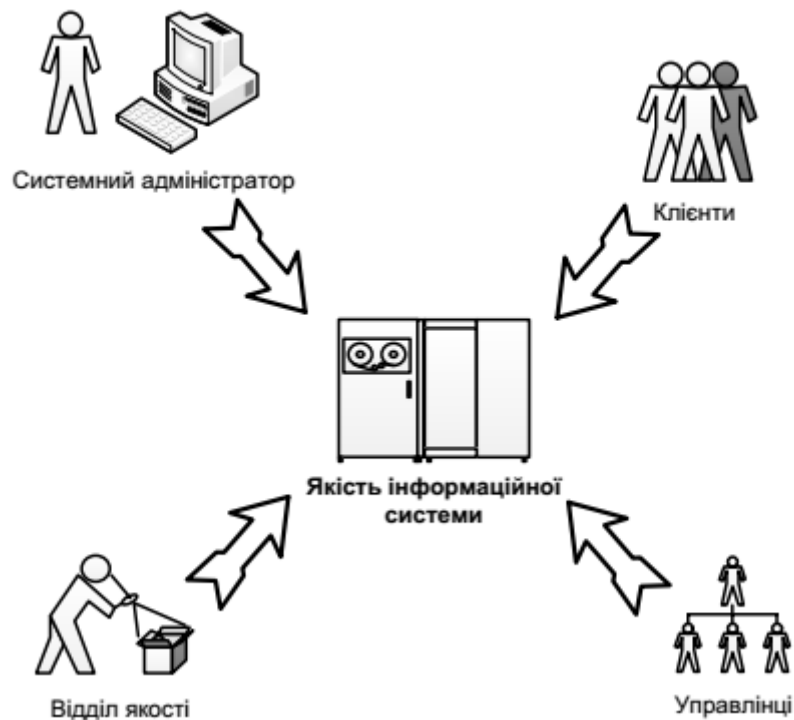


Рисунок 3.4 – Користувачі інформаційної системи, які формулюють вимоги до її якості надання мед послуг КП «ХЛМДЦ»

Системний адміністратор у КП «ХЛМДЦ» повинен забезпечувати систематизації інформацію та її обробку як стосовно діяльності загалом, так і окремо взятого підрозділу зокрема. Така систематизація дозволить розробити програмне забезпечення для ефективної роботи лікувально-діагностичного закладу, особливо в контексті якості. При цьому особливу увагу необхідно приділяти:

- можливості перевірки отриманої інформації;
- її читабельності;
- контролю за витратами та дотриманням термінів виконання.

Для відділу якості, який має функціонувати як структурна одиниця КП «ХЛМДЦ» та займатися опрацюванням інформації, якість інформаційних систем розкривається через:

- функціональні можливості;
- простоту застосування;
- її відповідність.

Для управлінців вагомий аспект визнання якості інформаційних систем – це:

- можливість використання при прийнятті рішень для задоволення вимог пацієнтів;
- інформаційне наповнення відповідного рівня;
- застосування з метою дотримання попередньо встановлених вимог щодо реалізації різного роду проектів.

Кінцевим результатом застосування та використання якості інформаційних систем є, передусім, задоволення пацієнтів і можливість посісти найкращу нішу на ринку медичних послуг. Останнє дасть змогу збільшити КП «ХЛМДЦ» власні прибутки, а пацієнтам отримати прямий доступ до інформації стосовно медичних закладів (спеціалізація, графік консультацій лікарів та можливість запису до них у режимі он-лайн із підтвердженням).

Використання КП «ХЛМДЦ» спеціалізованих та універсальних інформаційних систем і технологій покращить процес управління, забезпечить розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищить якість та доступність медичних послуг.

Управлінські рішення формуються з двох тісно пов'язаних функціональних сфер: медичної та адміністративної підсистем. Це стосується фінансів та бухгалтерського обліку, управління персоналом, логістики.

Інформаційна система управління повинна бути адаптована до конкретних потреб і вимог сектора охорони здоров'я України.

Головні завдання, що їх повинна вирішувати після запровадження КП «ХЛМДЦ» інформаційної системи управління, такі:

- обчислення витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг;
- повна інформація про пацієнтів, перебіг надання медичної допомоги та витрати на лікування;
- комплексне управління торгівлею ліками;
- раціоналізація документообігу;
- підтримка аналізу та звітності для менеджерів і компетентних органів контролю й нагляду;
- закупівля, зберігання і розповсюдження матеріалів і товарів;
- використання та обслуговування активів;
- ведення обліку кадрів (як адміністративного персоналу, так і медичного);
- ведення бухгалтерського обліку, пов'язаного з фінансово-господарською діяльністю лікувальних закладів;
- підготовка та подання відповідних звітів і використання інформації для потреб управлінського обліку.

Загальна система інформаційного забезпечення КП «ХЛМДЦ» подана нами на рис. 3.5.

Інформаційне забезпечення управління КП «ХЛМДЦ» важливе для визначення стратегічних напрямків їхнього розвитку. Основа його – це інформаційний простір управління, що формується із відповідних інформаційних ресурсів, знань, баз даних. Загалом складовими інформаційного простору управління КП «ХЛМДЦ» є:

- інформаційні ресурси (дані на відповідних носіях інформації);
- інформаційна інфраструктура.

Аналіз інформаційних потреб, вивчення мотивацій в управлінських рішеннях, тематичне інформаційне забезпечення керівників, психологія індивідуального і групового інформаційно-аналітичного забезпечення становлять об'єкти діяльності в галузі інформаційного забезпечення управління і бізнесу.



Рисунок 3.5 – Інформаційне забезпечення функціонування КП «ХЛМДЦ»

При проектуванні інформаційних систем необхідно відштовхуватися від комплексного управління якістю (рис. 3.6).

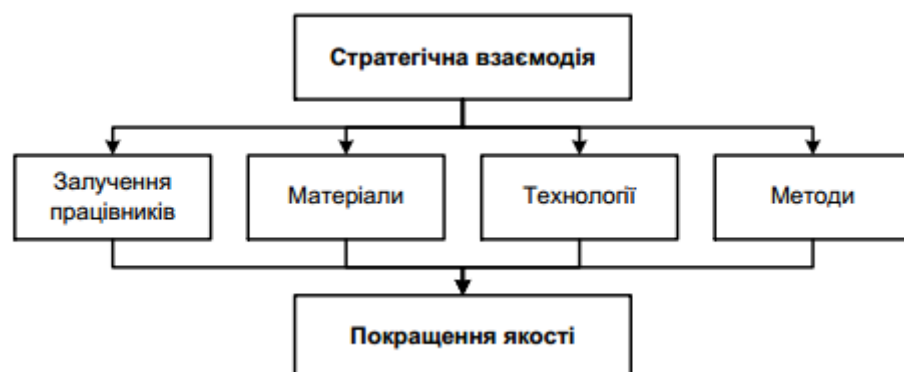


Рисунок 3.6 – Комплексне управління якістю при проектуванні інформаційної системи для КП «ХЛМДЦ»

За основу комплексного управління якістю при проектуванні інформаційних систем береться стратегічна взаємодія таких складових:

- працівники;
- матеріали;
- технології;
- методи.

Так, проектування інформаційної системи для КП «ХЛМДЦ» варто розпочинати із залучення працівників, потенційних користувачів системи. Йдеться про можливість визначення масиву інформації, яку необхідно буде опрацювати, а також формулювання вимог щодо ергономіки та функціональності системи.

Встановленні вимоги стосовно інформаційної системи беруться за основу і на основі них визначається обсяг матеріалів, необхідних для ефективного забезпечення її функціонування. При цьому матеріали можуть бути як на електронних, так і на паперових носіях.

Узагальнивши вищезазначене, обирається і затверджується технологія збору, опрацювання даних та подання кінцевих результатів.

Обрана технологія опирається на наявні методи обробки інформації, спрямовані на забезпечення функціонування якісної інформаційної системи в лікувальних закладах.

Проектуючи інформаційні системи для щоденного застосування у діяльність КП «ХЛМДЦ», необхідно приділити увагу відповідності проектних матеріалів специфіці його діяльності. Це дасть змогу уникнути появи різних категорій ризику (чи мінімізувати їх) (рис. 3.7).

Із метою уникнення появи чи мінімізації ризику стосовно інформаційної системи у КП «ХЛМДЦ» необхідно провести аналіз потреб захисту даних.

Аналітичний процес відбувається в кілька етапів. Спочатку проходить загальний аналіз потреб захисту даних. Зокрема встановлюються основні вимоги щодо інформаційної системи в даному контексті. Згодом ідентифікуються

активи інформаційної системи, середовище, де функціонує дана система та наявне забезпечення.

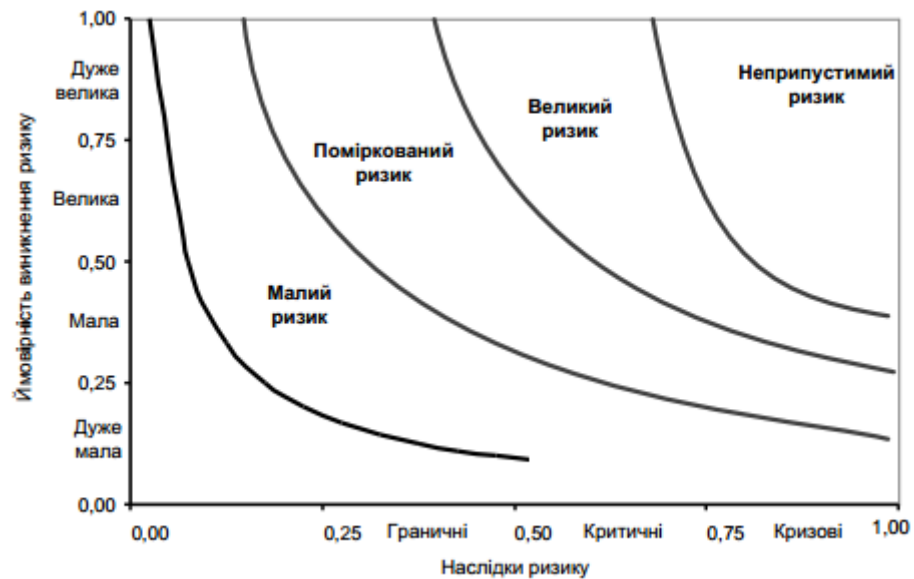


Рисунок 3.7 – Категорії ризику

Після проведеного загального аналізу потреб захисту даних формуються значення критеріїв забезпечення охорони даних, на основі яких визначається рівень забезпечення охорони даних шляхом вибору стратегії аналізу ризику. Сам вибір стратегії поділяється на кілька підетапів. У першу чергу йдеться про стратегію вибору захисту базового рівня. По-друге, здійснюється неформальний аналіз ризику, який стає основою для більш детального аналізу.

Отримані результати дають можливість застосувати каскадну стратегію для захисту даних КП «ХЛМДЦ» (рис. 3.8).

Після аналізу виникнення ризику стосовно інформаційних систем в КП «ХЛМДЦ» варто розпочати процедуру охорони даних (рис. 3.9).

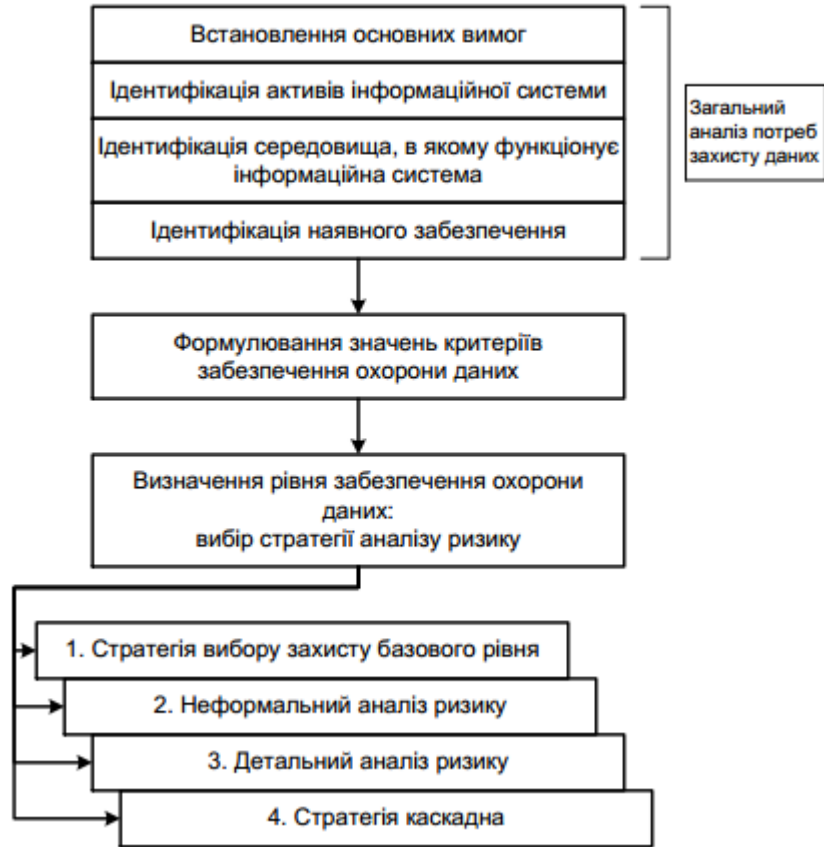


Рисунок 3.8 – Процес аналізу виникнення ризику стосовно інформаційної системи у КП «ХЛМДЦ»

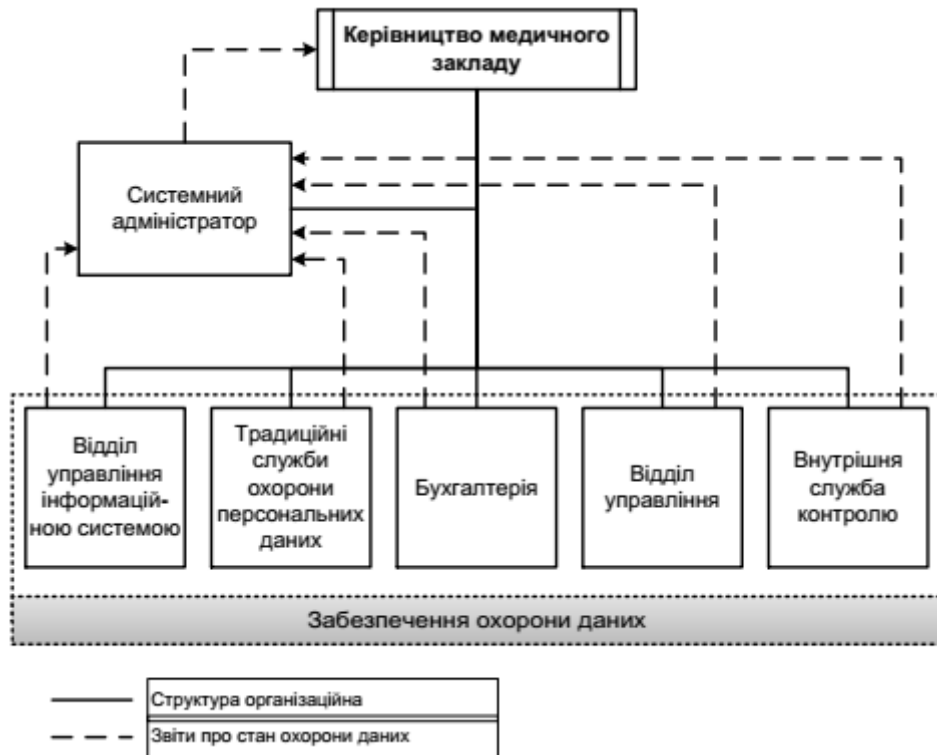


Рисунок 3.9 – Забезпечення охорони даних у КП «ХЛМДЦ»

Вказаний процес дуже відповідальний та трудомісткий, тому потребує залучення всіх структурних організаційних одиниць. Інформаційна підтримка процесу забезпечується шляхом постійного подання звітів про стан охорони здоров'я системному адміністратору. Останній, систематизувавши дані, передає їх до керівництва медичного закладу.

Особливість будь-якого управлінського процесу полягає у прийнятті відповідних рішень на основі загальної інформації, що формується з різних джерел. Управлінському персоналу КП «ХЛМДЦ» перед початком збору інформації необхідно чітко визнати таке:

- здатність виділення з масиву отриманих даних тих, які підлягають вимірюванню;
- можливість визначення значущості зазначених даних;
- особливості їх взаємозв'язку;
- ступінь довіри до джерела отримання інформації.

Безпосереднє опрацювання інформації можливе після здійснення аналізу вище вказаних аспектів. При цьому необхідно встановити:

- пріоритетність роботи;
- кваліфікацію працівників, залучених до роботи з інформацією;
- схеми збору інформації;
- виконавців збору інформації;
- процедури зберігання інформації;
- схеми проведення аналізу;
- процедури передавання даних із зазначенням відповідальних осіб та періодичності;
- осіб, відповідальних за прийняття рішення;
- процедури контролю за виконанням рішень із зазначенням виконавців та періодичності проведення.

Для роботи з інформацією розробляється стратегія і тактика. Це дає змогу досягнути кінцевої мети (встановлення рівня якості наданих медичних послуг) із систематизацією наявної інформації, що пройшла процес «фільтрування».

Останній передбачає не лише встановлення ступеню важливості інформації, але й визначення впливу на досягнення вище зазначеної мети.

Застосування інформаційного забезпечення в роботі КП «ХЛМДЦ» матиме цілу низку переваг, а саме:

- інформування громадян про спектр та умови надання медичних послуг лікувальними закладами країни;
- можливість електронної реєстрації пацієнтів на консультацію та прийом за напрямками спеціалізації медичних установ;
- створення єдиної електронної мережі даних у системі охорони здоров'я для забезпечення належного рівня обслуговування пацієнтів;
- надання лікувальними закладами пацієнтам інформації щодо власної фінансової діяльності (наявність контрактів із Міністерством охорони здоров'я);
- обмін інформацією в контексті планування та моніторингу реалізації медичних послуг, що дасть можливість доступу до необхідних контактів при пошуку партнерів серед лікувальних закладів;
- обмін інформацією з питань корпоративного управління, за допомогою якого суб'єкти охорони здоров'я зможуть надавати інформацію про свій фінансовий стан;
- обмін інформацією в сфері планування та контролю за здійсненням медичних послуг, що являє собою сервіс, який дозволяє людям передавати медичну інформацію про укладені договори, їх реалізацію та інформацію про черги (пацієнтів, які очікують на прийом та проведення процедур);
- підтримка системи управління якістю для медичних організацій, які надають медичні послуги, є проекти інформації, пов'язані із системою управління якістю, і дозволяє їм передавати дані для управління системою якістю.

Отримані результати запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів КП «ХЛМДЦ» дозволять:

- здійснювати постійний моніторинг процесу надання медичних послуг;

- моніторити специфічні показники, такі як: середня тривалість перебування пацієнта в поліклініці, кількість пацієнтів, число амбулаторних консультацій, епідеміологічні дані про захворюваність в окремих видах захворювань, смертності;

- покращити умови праці в окремих структурних підрозділах;

- здійснити підключення медичного обладнання, зокрема передавання радіологічних зображень та наукових досліджень;

- уникнути небезпечної взаємодії між лікарськими препаратами, призначеними різними лікарями, а також інформацію про негативні наслідки, спричинені прийомом певного препарату, що дозволить уникнути призначення його в майбутньому;

- впорядкувати реєстрацію шляхом динамічного визначення меж прийому хворих із визначенням структурного підрозділу (клініки, філії);

- ефективний та швидкий доступ до повної історії хвороби пацієнтів і більш високої якості та відповідності документації із забезпеченням охорони особистих даних;

- можливість ознайомитися з результатами аналізів пацієнтів медичним персоналом у будь-який час і в будь-якому місці;

- гарантувати високий рівень безпеки та конфіденційності даних;

- пришвидшити встановлення діагнозу і тривалості процесу лікування;

- підвищити якість медичних послуг.

Враховуючи всі вище наведені переваги запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів КП «ХЛМДЦ», приходимо до таких висновків щодо загальних вигод від проаналізованого процесу:

- отримуємо швидкий і легкий доступ до інформації як основи управлінських рішень для організації та керування в КП «ХЛМДЦ»;

- організація оптимізації інформації в системі з огляду на її використання, що дозволяє швидко приймати рішення;

- доступ до широкого спектру інформації дозволяє приймати рішення щодо інвестицій у технічну інфраструктуру та придбання основних засобів;
- дає змогу сформувати довгострокові стратегії лікарні;
- оперативний доступ до знань як до головного ресурсу сьогодні, що надає лікувальним закладам конкурентну перевагу;
- швидкий і більш точний підбір медичних даних, що впливатиме на точність діагностики та організацію всього процесу лікування, в тому числі підвищення якості медичних послуг для пацієнтів;
- вдосконалення організації і продуктивності праці, її комфорту для працівників КП «ХЛМДЦ»;
- обмеження зайвих витрат для забезпечення повної, висококваліфікованої і ефективної терапії та створення розумної вартості медичних послуг;
- збільшить ефективність управління лікувальними закладами.

Раціональне використання інформаційних інструментів у наш час мають безпосередній вплив на ефективне функціонування медичних установ, а також оптимізацію витрат, пов'язаних з їхньою діяльністю, які проявляються при прийнятті раціональних управлінських рішень.

Використання досягнень інформатики в галузі охорони здоров'я є ключем до покращення якості медичних послуг, підвищення їх доступності, а також ведення раціональної державної політики в галузі охорони здоров'я.

Заходи, вжиті для інформатизації сфери охорони здоров'я неминучі у зв'язку із зростанням швидких темпів технічного прогресу і нагромадженням величезної кількості інформації.

Враховуючи всі позитивні моменти впровадження інформаційної системи як для пацієнтів КП «ХЛМДЦ», так для лікувального закладу необхідно сформувати його інформаційний простір управління, що відбуватиметься в кілька етапів:

- утворення єдиної інформаційної бази відділень та підрозділів медичного закладу;
- закріплення відповідного рівня безпеки і захисту інформаційних ресурсів;

– технічний супровід здійснення аналізу інформації.

Інформаційний простір передбачає розробку системи інформаційної підтримки управління розвитком КП «ХЛМДЦ». Йдеться про утворення зони, де виникають різноманітні інформаційні потоки. Останні забезпечують надходження найновішої, повномасштабної і достовірної інформації процесу подолання суперечностей, які виникають у його зовнішньому і внутрішньому середовищі. Це, в свою чергу, дозволить забезпечити довготривалий успіх на ринку медичних послуг.

Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком лікувальних закладів здійснюють за критерієм джерел утворення інформації.

Поділ інформаційних потоків на вхідні та вихідні, на наш погляд, досить умовний. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, до вхідних інформаційних потоків прийнято відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається КП «ХЛМДЦ». Ця інформація досить різноманітна, може включати фінансові та нефінансові, формальні та неформальні, кількісні та якісні показники. До вхідної інформації, яка надходить із зовнішніх джерел, відносять законодавчі та нормативні акти, інформацію загальноекономічного та галузевого характеру, інформацію про діяльність партнерів та конкурентів підприємства, статистичну звітність.

Для формування інформаційного простору КП «ХЛМДЦ» важливим моментом є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідними даними відносно компанії для прийняття відповідних рішень щодо співпраці. Традиційно до таких інформаційних потоків відносять стратегічні плани лікувальних закладів, прогностні та звітні показники їхньої діяльності тощо.

Багато сфер життя, у тому числі і система охорони здоров'я, яка до сих пір залишається адміністративним сектором, повинна переформатуватися та шукати можливості не тільки для задоволення соціальних потреб у рамках простого перерозподілу, а й за рахунок упровадження інструментів стимулювання

підприємницької та інноваційної діяльності. Важливим елементом застосування заходів для створення оптимальної політики в галузі охорони здоров'я є можливість використання сучасних інструментів для підтримки процесу прийняття рішень, таких як інформаційні системи та утворена на їх основі системи управління знаннями.

Без сумніву, концепція електронного управління системою охорони здоров'я при підтримці технологій, телемедицини і, нарешті, управління знаннями відіграють життєво важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичних послуг. Сучасне управління охорони здоров'я означає, що галузь повинна бути перебудована таким чином, щоб відповідати основним критеріям раціональності дій, ефективності для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг. Цей процес був би неможливим без використання відповідних інформаційних інструментів забезпечення ефективного збору і розподілу даних із використанням новітніх технологій зв'язку.

Запровадження інформаційної системи в КП «ХЛМДЦ» допоможе в управлінні закладом та забезпечить ефективний збір і поширення даних із використанням новітніх технологій зв'язку. При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління даним процесом, що гарантуватиме дотримання вимог стосовно самих інформаційних систем.

Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на:

- встановлення цілей, завдань щодо лікувальних закладів із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем;
- дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету відповідно до затверджених параметрів;
- використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створенні інформаційних технологій;

– забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувальних закладів.

Очевидно, що дуже важливим є пошук такої методології, котра б не лише була спрямована на врахування умов та систем застосування, розробку програмного забезпечення, а й на врахування життєвого циклу самого програмного забезпечення.

Методологія інформаційних систем дозволяє встановити чіткі межі та процедури, що базуються на життєвому циклі програмного забезпечення.

Загалом, мова йде про формування підходів до розвитку та становлення системи. Зокрема, розробляються завдання, встановлюється етапність та виконавці певних видів робіт. Запорукою якості розробки являються відповідність чинним стандартам, ретельне планування, постійний контроль (як цілого процесу загалом, так і кожної фази зокрема).

Важливим моментом цього процесу є розуміння таких аспектів:

– в основу розробки інформаційних систем покладений наявний досвід експертів та розробників, що забезпечить врахування особливостей функціонування закладів охорони здоров'я;

– для оцінки інформаційних систем повинні використовуватися певні типи інформації з урахуванням хронометражу подій;

– потенційні користувачі системи шляхом застосування контрольної функції підвищують запит одержаних результатів.

Система електронного керування дозволить не лише підвищити якість самих інформаційних розробок, а й позитивно вплине на продуктивність роботи. Для досягнення зазначених результатів необхідно врахувати таке

Система електронного керування є основою для керування інформаційними ресурсами в лікувальних закладах. Процес керівництва включає в себе контроль, організацію, планування та програмне забезпечення.

Попередньо йшлося про позитивний вплив електронного керування, проте варто зазначити, що такий стан речей буде прийнятним за умови

одночасного підвищення якості і продуктивності. Належна якість може бути досягнута при дотриманні на всіх фазах методології точності виконання. Це забезпечить належний рівень якості, починаючи від проектування і завершуючи впровадженням.

Інформаційні системи розробляються для комп'ютеризації та реструктуризації зв'язаних робочих процесів для збільшення ефективності.

Безсумнівно, необхідно збільшити витрати на розвиток ІКТ. Відомо, що дотепер не всі робочі місця комп'ютеризовані, а усвідомлення вигод, які сфера ІКТ може принести в управлінні інформацією та створенні знань не отримало широкого розповсюдження. Крім необхідності подальшої активізації зусиль у цьому напрямку, слід також вимірювати результати, досягнуті внаслідок реалізації рішень. Це надасть можливість вжити належних заходів щодо активізації впровадження інноваційних підходів до інформації в тих областях, які вимагають такого втручання. Цікавою є також проблема подолання опору змінам і розробки відповідних стимулів для працівників медичних закладів.

### **3.2 Налагодження нетворкінгу та комунікації в межах використання інструменту інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг КП «ХЛМДЦ»**

Важливим моментом в управлінському процесі є опрацювання інформації з метою підвищення рівня обслуговування медичними установами.

Для загальної оцінки якості обслуговування в КП «ХЛМДЦ» нами розроблено спеціальну електронну on-line форму. Ця форма розроблена з використанням технологій Google Drive.

Можливі варіанти роботи з формою:

1) заповнення пацієнтами роздрукованого варіанту з подальшим внесенням результатів у консолідований документ;

Доступ до електронної on-line форми можна отримати за постійною URL-адресою: <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=>

2) заповнення пацієнтами форми в режимі on-line, наприклад, на інтернет-сайті лікувального закладу або іншого інформаційного ресурсу;

3) надсилання форми пацієнтам на їх електронні поштові скриньки для заповнення в зручний для них час.

Час роботи з формою не обмежено, і, давши відповідь на одне запитання, пацієнт може змінити її до моменту остаточної відправки даних. Завершення роботи з формою відбувається після натискання кнопки «Надіслати», яка знаходиться в кінці електронного документу. Використання цієї кнопки приведе до чергового запису введеної інформації у спеціальний електронний документ в системі Google Docs, доступ до якого адміністратор (розробник) форми матиме з довільного персонального комп'ютера, на якому є підключення до мережі Інтернет. Зазначена система дозволяє налаштувати автоматичні сповіщення (наприклад, на електронну скриньку) адміністратора про надсилання нового запису.

Принцип роботи з електронним документом результатів опитування з допомогою наведеної форми аналогічний до електронних таблиць Microsoft Excel. При необхідності отримані і накопичені записи можна експортувати у файл спеціального формату, здійснити аналіз інформації з допомогою спеціальних статистичних функцій, провести графічну візуалізацію даних тощо.

Наведемо перелік запитань, які запропоновано використати у формі:

1. Вік.
2. Стать.
3. Освіта.
4. Місце проживання.
5. Статус працевлаштування.
6. Термін перебування у лікувально-діагностичному закладі.

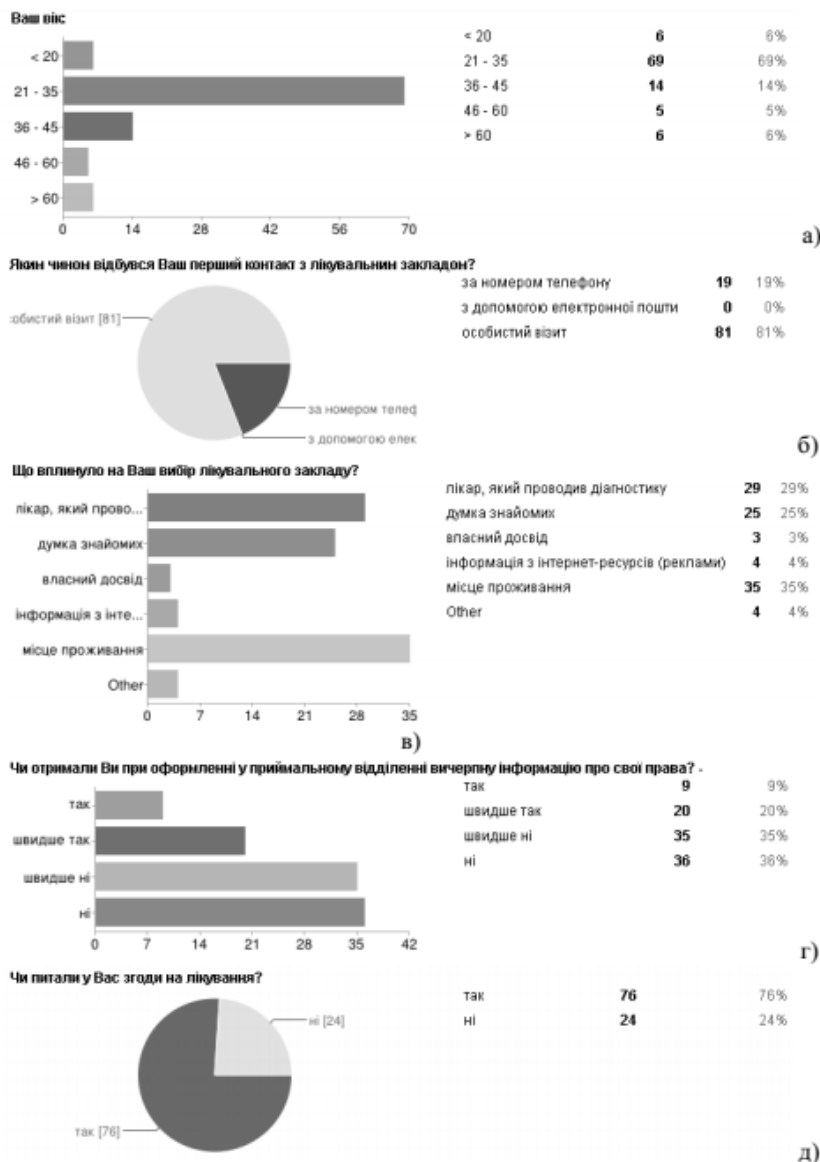
7. Яким чином відбувався Ваш перший контакт з лікувально-діагностичним закладом?
8. Оцініть своє враження після першого контакту з лікувально-діагностичним закладом за 5 бальною шкалою.
9. Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?
10. Як довго Ви очікували на реєстрацію, прийом тощо?
11. Чи отримали Ви на прийомі вичерпну інформацію про свої права?
12. Оцініть ставлення до Вас працівників лікувально-діагностичного закладу.
13. Як Ви оцінюєте роботу закладу загалом?
14. У яке відділення Вас було направлено?
15. Оцініть ставлення до Вас персоналу з обслуговування.
16. Оцініть ставлення лікаря до Вас.
17. Чи питали у Вас згоди на лікування?
18. Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які використовувалися?
19. Оцініть умови Вашого перебування у закладі.
20. Як Ви оцінюєте якість перебування у відділенні, де були на прийомі?
21. Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому діагностувалися?
22. Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим?
23. Що, на Вашу думку, необхідно змінити (покращити) в роботі лікувально-діагностичного закладу?

Вказаний перелік при необхідності можна змінювати, враховуючи специфічні вимоги, наприклад, профіль КП «ХЛМДЦ», зміну функціонального призначення опитування за допомогою форми, потреба у більшій деталізації інформації тощо. Паперовий варіант форми наведено у додатку А.

Проведення такого анкетування дозволить КП «ХЛМДЦ» визначити сатисфакцію пацієнтів. Отримані дані варто опрацьовувати за допомогою системи обробки даних PASAT. Це дасть змогу не лише пристосовуватися до вимог пацієнтів, але збільшити власні позиції щодо наявних конкурентів.

Однак при обробці інформації потрібно враховувати суб'єктивний характер анкетних даних. Найкращим варіантом аналізу, на нашу думку, має стати присвоєння такого типу інформації відповідної кількості балів в загальній шкалі прийняття управлінських рішень.

Проблематика якості медичних послуг сьогодні залишається актуальною для кожного громадянина України, найбільшу зацікавленість проявляють, як свідчать результати проведеного нами опитування, особи віком від 21 до 35 років (рис. 3.10, а).



Вибіркові результати анкетування:

а) запитання 1; б) запитання 7; в) запитання 9; г) запитання 11; д) запитання 17

Рисунок 3.10 – Вибіркові результати анкетування: а) запитання 1; б) запитання 7; в) запитання 9; г) запитання 11; д) запитання 17

Підкреслимо, що цікавість до досліджуваної нами тематики проявили всі без винятку категорії населення, що свідчить про потребу ретельного аналізу ситуації, яка склалася на ринку медичних послуг. 69% активних респондентів (21-35 років) та 14% (36-45 років) проявили зацікавленість, оскільки саме вони представляють людей працездатного вік, а питання здоров'я є для них вельми актуальним. Представники цієї вікової категорії, як зрештою і наступної (46-60 років), розуміють, що про їхнє самопочуття можуть подбати лише вони особисто. При порушенні здоров'я, втрачається можливість працювати та отримувати стабільний дохід, утримувати родину, а також і можливість сплачувати податки державі. Враховуючи все зазначене, приходимо до висновку про очевидну взаємну зацікавленість усіх сторін (держави та працівників) у наданні якісних медичних послуг.



Рисунок 3.11 – Вибіркові результати анкетування (продовження):  
е) запитання 18; ж) запитання 22

Отримані результати також підтверджують відсутність пропагування та комунікації з пацієнтами за допомогою електронної кореспонденції. Причина криється у відсутності в більшості лікувальних закладів власних електронних ресурсів, що пов'язане з небажанням розвивати цей вид комунікацій та реклами. Така ситуація призводить до втрати певної частини споживачів та не

дозволяє уникати створення черг шляхом запису до лікаря на консультацію на відповідну годину. Варто нагадати, що практика із впровадженнями так званої «талонної» системи бажаного ефекту не дала, а лише створює додаткові незручності для самих пацієнтів. Зазначене підтверджується даними, наведеними на рис. 3.10, б.

Хоча КП «ХЛМДЦ» доєднався до мережі Медікс (автоматизованої інформаційної системи, що також підтримується e-Health), однак вона, на жаль, не у повній мірі реалізує усі перелічені у параграфі 3.1 функції інформаційної системи.

Слід зауважити, що хорошої освіти та здобутих практичних навичок, як свідчить практика, не завжди достатньо для надання якісних медичних послуг.

Необхідною ланкою між отриманою освітою та набутими навичками стає вміння комунікувати. Мова йде як про комунікацію між самими медичними працівниками, так і між медичними працівниками та пацієнтами. Цей фактор надзвичайно важливий для процесу формування якості медичних послуг. Це підтверджують результати анкетування. Зокрема, на запитання «Чи отримали Ви вичерпну інформацію про свої права?» ствердну відповідь дали тільки 9%, «швидше так» – 20%, «ні» – 36% і «швидше ні» – 35% (рис. 3.10, г).

Отримані відповіді свідчать або ж про ігнорування прав пацієнтів, або ж про відсутність у медичних працівників навичок комунікацій із пацієнтами.

Ще одним підтвердженням висловлених припущень є відповідь на запитання «Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які використовувалися?» Ствердно відповіло лише 19%, відповідь «швидше так» обрало 42%. Не впевнені у достатності інформації – 25%, не отримали такої інформації 14%.

Причина подібних результатів криється, як виглядає, у відсутності навичок передавати необхідну інформацію в процесі надання медичних послуг, що впливає у результаті на їхню якість. Це припущення підкріплюється відповідями на запитання 17 і 18 (рис. 3.10, д, е)

Із отриманих в лікувальному закладі вражень складається думка пацієнтів щодо подальшого бажання проходити медичне обстеження в тому чи іншому лікувальному закладів. Результати проведених нами досліджень свідчать, що 56% респондентів порекомендували лікувальний заклад, у якому перебували, своїм знайомим, а 44% – в жодному разі не радили б там лікуватися (рис. 3.10, ж). Враховуючи таке співвідношення, керівництву лікувального закладу варто звернути увагу на те, щоб перебування в медичному закладі та процес лікування були максимально наближеними до очікувань пацієнтів. При існуванні контрактної форми медичні установи, в яких кількість пацієнтів буде незначною, позбудуться контракту та не зможуть втриматися на ринку.

Результати анкетування в повному обсязі наведено в додатку.

Брак умінь обмінюватися інформацією, знаннями та навичками свідчить про необхідність систематичного підвищення рівня кваліфікації лікарів на різних організаційних щаблях, проходження якого дасть можливість покращити процес надання медичних послуг.

Пекучою проблемою закладів охорони здоров'я України є відсутність так званих «організаційних навчань», запровадження яких є:

- усвідомлення персоналом цілей організації;
- підвищення продуктивності праці;
- допомоги з боку персоналу при впровадженні організаційних змін;
- підвищення морально-етичної відповідальності працівників;
- встановлення тісного взаємозв'язку між працівниками та лікувальними закладами (усвідомлення власної ролі працівників для функціонування лікарні);

Управлінський персонал повинен брати до уваги той факт, що процес підвищення кваліфікації не такий простий, як здається на перший погляд.

Підвищити фахову кваліфікацію означає не тільки підвищити свій рівень як фахівця, але й отримати знання стосовно запровадження діяльності, пов'язаної з організацією ефективної праці цілого медичного закладу.

Навчання всіх згаданих вище працівників повинне відбуватися як індивідуально, так і спільно. Спільне навчання має на меті формування

згуртованого колективу, який міг би працювати як єдине ціле. Ефект від цього матимуть, у першу чергу, самі пацієнти при отриманні якісних медичних послуг.

### **3.3 Розробка та використання математичної моделі обчислення рівня якості медичних послуг**

Для числової оцінювання якості наданих медичних послуг необхідно сформулювати критерії, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці. Для зручності аналізу і подальшого ранжування усі критерії оцінки якості медичних послуг оформлено у вигляді матриці, що її наведено в табл. 3.1.

Усі наведені в табл. 3.1 критерії поділено на п'ять груп за ознаками схожості й спрямованості:

1. Критерії професійні – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи повинна проводитися фахівцями в даній галузі.

2. Критерії доступності медичних послуг – група, що характеризує легкість і простоту «доступу» пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв повинно проводитися працівниками лікувального закладу.

3. Критерії обслуговування – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв повинна надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг.

Таблиця 3.1 – Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг

1. Критерії професійні (лікаря)	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Критерії комунікативні	5. Критерії престижності лікувального закладу
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне трактування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання консультації різнопрофільних фахівців	4.5. Наявність веб-ресурсу у лікувального закладу	5.5. Забезпеченість сучасним медобладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризику для клієнта				

4. Критерії комунікативні – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами.

5. Критерії престижності лікувального закладу – критерії, що формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю,

є доказом інноваційності і сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють вказаною інформацією.

В табл. 3.1 в різних групах наведено різну кількість критеріїв. При необхідності їх можна збільшувати або ж, навпаки, зменшувати, враховувати специфічні вимоги і аспекти діяльності лікувального закладу, особливості надання певних видів медичної допомоги. Для оцінки якості надання медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим етапом отримання числової оцінки якості надання медичних послуг є проведення ранжування наведених у табл. 3.1 критеріїв. Причому тут потрібно визначати як ранг окремого критерію в середині групи, так і самої групи критеріїв загалом.

На основі аналізу наукової літератури, публікацій в електронних і друкованих засобах масової інформації, а також практичного досвіду нами сформовано матрицю вагових коефіцієнтів запропонованих критеріїв:

1. 50%	2. 20%	3. 10%	4. 10%	5. 10%
1.1. – 40%	2.1. – 50%	3.1. – 20%	4.1. – 20%	5.1. – 25%
1.2. – 30%	2.2. – 10%	3.2. – 20%	4.2. – 10%	5.2. – 15%
1.3. – 5%	2.3. – 20%	3.3. – 10%	4.3. – 20%	5.3. – 20%
1.4. – 5%	2.4. – 20%	3.4. – 20%	4.4. – 20%	5.4. – 15%
1.5. – 4%		3.5. – 10%	4.5. – 15%	5.5. – 25%
1.6. – 5%		3.6. – 10%	4.6. – 10%	
1.7. – 6%		3.7. – 10%	4.7. – 5%	
1.8. – 5%				

) (3.1)

У наведеній матриці (3.1) вагових коефіцієнтів критеріїв (рангів) використовується  $i=5$  груп, а в межах групи  $j$  критеріїв (відповідно 8, 4, 7, 7 і 5). Тут варто відзначити, що при присвоєнні вагових коефіцієнтів  $M_i$  та  $M_{i,j}$  потрібно дотримуватися рівностей:

$$\sum_{i=1}^n M_i = 100\%, \quad \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%, \quad (3.2)$$

де  $n$  – кількість груп критеріїв;  
 $m$  – кількість критеріїв у межах групи;  
 $i$  – номер групи критеріїв;  
 $j$  – номер критерію в межах групи.

Якщо потрібно змінити кількість груп критеріїв або ж самих критеріїв у межах групи, відповідно потрібно змінити і вагові коефіцієнти  $M_i$  та  $M_{i,j}$  для збереження рівнянь (3.3).

Наступним етапом отримання числової оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерію власної оцінки  $K$  за певною шкалою. Найбільш оптимальна для застосування і подальшої математичної обробки десятибальна шкала. Максимальне значення «10» за цією шкалою присвоюється критеріям, які повністю виконуються/забезпечуються лікувальним закладом, а мінімальне значення «0» тоді, коли критерій не дотримується.

Присвоєння числових оцінок критеріям, а також визначення їх вагових коефіцієнтів найбільш доцільно проводити за допомогою методу експертних оцінок. Роль експертів у даному випадку можуть виконувати різні групи людей в залежності від самих критеріїв, що оцінюються:

- медичні працівники, персонал з обслуговування безпосередньо лікувального закладу, який проводить лікування;
- медичні працівники, персонал з обслуговування споріднених лікувальних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;
- безпосередньо пацієнти лікувального закладу;
- сторонні особи-фахівці в галузі функціонування медичних закладів. Один із можливих варіантів отримання експертних оцінок від пацієнтів лікувального закладу був докладно розглянутий у підрозділі 3.3 (використання on-line форми).

Визначення числової оцінки групи критеріїв необхідно проводити з врахуванням оцінок  $K_{i,j}$  у межах групи  $i$  і їх вагових коефіцієнтів  $M_{i,j}$ , використовуючи при цьому формулу:

$$K_i = \sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j}). \quad (3.3)$$

Розрахувавши за формулою (3.4) числову оцінку кожної групи критеріїв, можна визначити загальну якість  $Q$  надання медичних послуг. При цьому слід користуватися залежністю:

$$Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{K_i}{10} \cdot M_i \right), \quad (3.4)$$

або з урахуванням формули (3.5)

$$Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right). \quad (3.5)$$

Використання формули (3.5) при великій кількості критеріїв (наприклад, тих, які запропоновано в табл. 3.1) передбачає виконання одноманітних повторюваних розрахунків. Спрощення зазначених математичних операцій можна досягнути за рахунок використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Найбільш оптимальним у такому випадку є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel.

Підкреслимо також, що розраховане значення  $Q$  якості медичних послуг при обраних межах вагових коефіцієнтів  $M_i$  та  $M_{i,j}$  і десятибальній шкалі оцінювання завжди задовольнятиме нерівності:

$$0 \leq Q \leq 1 \text{ або } 0 \leq Q \leq 100\%. \quad (3.6)$$

Враховуючи вище наведені формули від (3.1) до (3.6), можна записати узагальнену математичну модель для визначення якості надання медичних послуг:

$$\left\{ \begin{array}{l} Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) = \sum_{i=1}^n \left( \frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right); \\ \sum_{i=1}^n M_i = 100\%; \\ \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%; \\ 0 \leq Q \leq 1, 0 \leq M_i \leq 100\%, \end{array} \right. \quad (3.7)$$

де  $Q$  – якість надання медичних послуг;  
 $K_i, K_{i,j}$  – числові оцінки групи критеріїв і критеріїв у групі відповідно;  
 $M_i, M_{i,j}$  – вагові коефіцієнти групи критеріїв і критеріїв у межах групи відповідно;  
 $n$  – кількість груп критеріїв;  
 $m$  – кількість критеріїв у межах групи;  
 $i$  – номер групи критеріїв;  
 $j$  – номер критерію в межах групи.

Проведемо ілюстрацію визначення якості медичних послуг, обравши довільне значення оцінок обраних критеріїв.

Числові значення оцінок критеріїв в межах групи зображено у вигляді матриці:

З урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів (3.1) і числових значень критеріїв у межах групи (3.8) в редакторі MS Excel розроблена таблиця, яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю (3.7). Оформлення таблиці з розрахунковими формулами, що використовуються, наведено на рис. 3.12.

Використання програми MS Excel для зазначених розрахунків має цілу низку переваг:

- можливість внесення коректив у довільні числові значення вихідних даних з автоматичним перерахунком кінцевого результату;
- при необхідності можна змінювати кількість критеріїв чи груп критеріїв без суттєвої зміни структури таблиці і розрахункових формул;
- можливість створення декількох таблиць, аналогічних до наведеної на рис. 3.12, для окремого визначення якості надання різних медичних послуг із подальшим визначенням кінцевого результату з допомогою функцій консолідації даних.

$$\left( \begin{array}{c|c|c|c|c}
 1. & 2. & 3. & 4. & 5. \\
 \hline
 1.1.-9 & 2.1.-7 & 3.1.-6 & 4.1.-9 & 5.1.-8 \\
 1.2.-9 & 2.2.-6 & 3.2.-6 & 4.2.-5 & 5.2.-7 \\
 1.3.-8 & 2.3.-9 & 3.3.-8 & 4.3.-9 & 5.3.-5 \\
 1.4.-10 & 2.4.-6 & 3.4.-7 & 4.4.-8 & 5.4.-9 \\
 1.5.-10 & & 3.5.-7 & 4.5.-4 & 5.5.-7 \\
 1.6.-9 & & 3.6.-7 & 4.6.-7 & \\
 1.7.-9 & & 3.7.-7 & 4.7.-4 & \\
 1.8.-9 & & & & \\
 \hline
 \end{array} \right) \quad (3.8)$$

У розглянутому прикладі отримано результат якості надання медичних послуг  $Q = 80,45\%$ . При реальних розрахунках указане числове значення може коливатися в залежності від обраних критеріїв та їх числових характеристик. На підставі аналізу наукової літератури запропонуємо шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості:

- $Q > 90$  – відмінна;
- $85 \leq Q < 90$  – дуже добра;
- $80 \leq Q < 85$  – добра;
- $75 \leq Q < 80$  – прийнятна (достатня);
- $Q < 75$  – недостатня.

Значення з даного діапазону потребує негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її підвищення.

Підсумовуючи усе вище наведене, можна запропонувати узагальнену методику розрахунку якості надання медичних послуг:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O			
1	<b>Розрахунок інтегральної оцінки якості надання медичних послуг</b>																	
2	Група критеріїв 1			Група критеріїв 2			Група критеріїв 3			Група критеріїв 4			Група критеріїв 5					
3	№ критерію	Ваговий коеф. критерію	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коеф. критерію	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коеф. критерію	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коеф. критерію	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коеф. критерію	Числова оцінка критерію			
4	1.1.	40%	9	2.1.	50%	7	3.1.	20%	6	4.1.	20%	9	5.1.	25%	8			
5	1.2.	30%	9	2.2.	10%	6	3.2.	20%	6	4.2.	10%	5	5.2.	15%	7			
6	1.3.	5%	8	2.3.	20%	9	3.3.	10%	8	4.3.	20%	9	5.3.	20%	5			
7	1.4.	5%	10	2.4.	20%	6	3.4.	20%	7	4.4.	20%	8	5.4.	15%	9			
8	1.5.	4%	10				3.5.	10%	7	4.5.	15%	4	5.5.	25%	7			
9	1.6.	5%	9				3.6.	10%	7	4.6.	10%	7						
10	1.7.	6%	9				3.7.	10%	7	4.7.	5%	4						
11	1.8.	5%	9															
12	Числова оцінка групи критеріїв 1		9,04	Числова оцінка групи критеріїв 2		7,10	Числова оцінка групи критеріїв 3		6,70	Числова оцінка групи критеріїв 4		7,20	Числова оцінка групи критеріїв 5		7,15			
13	Ваговий коеф. групи критеріїв 1		50%	Ваговий коеф. групи критеріїв 2		20%	Ваговий коеф. групи критеріїв 3		10%	Ваговий коеф. групи критеріїв 4		10%	Ваговий коеф. групи критеріїв 5		10%			
14				=SUM(Оцінка1*Ранг1)			=SUM(Оцінка2*Ранг2)			=SUM(Оцінка3*Ранг3)			=SUM(Оцінка4*Ранг4)					
15																		
17	Якість Q надання медичних послуг			80,45%			=SUM(C13/10*C14;F13/10*F14;I13/10*I14;L13/10*L14;O13/10*O14)									=SUM(Оцінка5*Ранг5)		
18																		

Рисунок 3.12 – Ілюстрація розрахунку числового значення якості надання медичних послуг

1) встановлення критеріїв для оцінки якості надання медичних послуг та їх поділ на групи за ознакою спорідненості;

2) проведення ранжування критеріїв (присвоєння вагових коефіцієнтів) у межах групи і самих груп загалом. Ранжування необхідно проводити з дотриманням рівностей (3.2);

3) надання критеріям числових оцінок за десятибальною шкалою. Присвоєння критеріям оцінок, а також і вагових коефіцієнтів, що здійснюється за допомогою методу експертних оцінок;

4) визначення числових оцінок груп критеріїв на підставі залежності (3.3);

5) розрахунок якості надання медичних послуг за формулою (3.6);

6) проведення аналізу отриманого розрахункового значення, формулювання висновків та можливих організаційних кроків для його підвищення.

Запропонована нами математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить КП «ХЛМДЦ» на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управлінці не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень. Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичному персоналу та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування КП «ХЛМДЦ» призведе до покращення якості їхньої роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці.

### Висновки до розділу 3

Ефективне управління якістю послуг сьогодні – це одне з найважливіших стратегічних завдань, що стоять перед медичними установами. В умовах української медицини це вимагає радикальної зміни наявної ситуації та розробку програми, спрямованої на пріоритети якості. Поширена думка, що брак коштів перешкоджає реалізації цієї мети, – не зовсім правильна, тому що існують так звані «безінвестиційні можливості», щодо покращення якості медичних послуг, а в багатьох випадках можлива зміна розподілу наявних у розпорядженні лікувальних закладів ресурсів, яка покращить якість.

Запровадження інформаційної системи в КП «ХЛМДЦ» допоможе в управлінні закладом та забезпечить ефективний збір і поширення даних із використанням новітніх технологій зв'язку. При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління даним процесом, що гарантуватиме дотримання вимог стосовно самих інформаційних систем.

Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на: встановлення цілей, завдань щодо лікувальних закладів із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем; дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету відповідно до затверджених параметрів; використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створенні інформаційних технологій; забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувальних закладів.

Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком підприємства здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, прийнято до вхідних інформаційних потоків відносити інформацію про середовище, в якому

функціонує та розвивається КП «ХЛМДЦ». Для формування інформаційного простору КП «ХЛМДЦ» важливим кроком є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідною інформацією про компанію для прийняття відповідних рішень щодо співпраці.

Запропонована нами математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить КП «ХЛМДЦ» на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управлінці не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень. Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичному персоналу та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування КП «ХЛМДЦ» призведе до покращення якості їхньої роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці.

## ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження з питань управління ефективністю діяльністю закладом охорони дали змогу зробити такі висновки:

Поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших заходів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними є медична та соціальна ефективність. Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок і взаємообумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

Підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я повинно передбачати забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики розвитку системи охорони здоров'я; удосконалення форм організації всіх ланок системи охорони здоров'я; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у сферу охорони здоров'я та мотивацію праці

медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я.

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КП «ХМЛДЦ» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «ХМЛДЦ» змешувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися. Ефективність діяльності КП «ХМЛДЦ» протягом 2017–2019 років за медичною, соціальною та економічною складовими була досить невисокою.

Що стосується динаміки захворюваності населення контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ», то вона, на жаль, є висхідною 2019 року практично за усіма найвагомими складовими. Хоча 2018 року спостерігається найбільше скорочення щодо практично усіх хвороб, однак досить негативні результати захворюваності населення засвідчують існуючу негативну тенденцію. Можна назвати досить складною ситуацію з зростаючим виявленням новоутворень, якщо 2017 року їх було 171, то 2019 року вже 466. Очевидною є проблема з профілактикою та ранньою діагностикою перелічених хвороб. Адже якщо проаналізувати активність відвідування населенням контингенту обслуговування КП «ХМЛДЦ» за окремими фахівцями поліклініки, то побачимо значне скорочення візитів пацієнтів закладу уцілому та за різними причинами

Як результат загальні показники ефективності діяльності КП «ХМЛДЦ» підтверджують попередні висновки та засвідчують нагальну необхідність впровадження заходів з її підвищення. Тому подальшими перспективами розвитку КП «ХМЛДЦ» та з метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг після медичної реформи в 2020 році, для поліклініки було обрано наступні ключові стратегічні напрями: забезпечення високого рівня та доступності медичних послуг; підвищення

рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

Запровадження інформаційної системи в КП «ХЛМДЦ» допоможе в управлінні закладом та забезпечить ефективний збір і поширення даних із використанням новітніх технологій зв'язку. При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління даним процесом, що гарантуватиме дотримання вимог стосовно самих інформаційних систем.

Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на: встановлення цілей, завдань щодо лікувальних закладів із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем; дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету відповідно до затверджених параметрів; використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створенні інформаційних технологій; забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувальних закладів.

Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком підприємства здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, прийнято до вхідних інформаційних потоків відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається КП «ХЛМДЦ». Для формування інформаційного простору КП «ХЛМДЦ» важливим кроком є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідною інформацією про компанію для прийняття відповідних рішень щодо співпраці.

Запропонована нами математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить КП «ХЛМДЦ» на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управлінці не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень.

Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичному персоналу та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування КП «ХЛМДЦ» призведе до покращення якості їхньої роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Долан Дж. Экономикс : англо-русский словарь-справочник ; пер. с англ. / Э. Дж. Долан, Б. И. Доминенко. – М. : Лазурь, 2004. – 544 с.
2. Якимчук Т.В. Соціально-економічна ефективність підприємства та її значення в сучасних умовах / Т.В. Якимчук. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_gum/Vzhdtpdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_gum/Vzhdtpdf).
3. Макконелл К.Р. Экономикс: принципы, проблемы, политика / К.Р. Макконелл, С.Л. Брю ; пер. с англ. – Изд. 13. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 974 с.
4. Мескон М.Х. Основы менеджмента : пер. з англ. / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М. : Изд-во «Дело», 2008. – 704 с.
5. Рац О.М. Визначення сутності поняття «ефективність функціонування підприємства» / О.М. Рац // Економічний простір: Зб. наук. праць. – 2008. – №15. – С. 275-285.
6. Хачатуров Т.С. Эффективность капитальных вложений. / Т.С. Хачатуров – М. : Изд-во «Экономика», 2009.
7. Does ISO 9000 certification pay? // ISO Managements System. – 2002. – July – August. – P. 3140.
8. Грицанов А.А. Новейший философский словарь / А.А. Грицанов. – Мн. : Изд. В.М. Скакун, 2008. – 896 с.
9. Хан Д. Планирование и контроль: концепция контроллинга / Д. Хан ; пер. с нем. – М. : Финансы и статистика, 2004. – 800 с.
10. Друкер П. Эффективное управление / П. Друкер ; пер. с англ. М. Котельниковой. – М. : Изд-во «Астрель», 2004. – 284 с.
11. Выварец А.Д. Эффективность производства: теория, методология и методика оценки / А.Д. Выварец, Л.В. Дистергефт // Экономическая эффективность: теория, методология, практика : сб. научн. статей. – Екатеринбург : Изд-во «УГТУ», 2000. – 323 с.

12. Сурмин Ю.П. Теория систем и системный анализ / Ю.П. Сурмин – К. : МАУП, 2003. – 368 с.
13. Герчикова И.Н. Менеджмент: учебник для вузов / И. Н. Герчикова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ, 2007. – 499 с.
14. Шеремет А.Д. Методика финансового анализа / А.Д. Шеремет, Р.С. Сайфулин. – М. : Инфра-М, 2005. – 176 с.
15. Ефимова О.В. Финансовый анализ / О.В. Ефимова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство «Бухгалтерский учет», 2002. – 528 с.
16. Шмален Г. Основы и проблемы экономики предприятия / Г. Шмален ; пер. с нем. – М., 2006. – 512 с.
17. Левченко Ю.Г. Методичні підходи до визначення ефективності господарської діяльності підприємства / Ю.Г. Левченко, Н.А. Шекмар // Науковий вісник ужгородського університету. Серія «Економіка». – 2011. – Випуск 32. – С. 130-136.
18. Савчур-Шекмар Н.А. Шляхи підвищення ефективності розвитку харчової промисловості в Закарпатті : Теорія і практика / Н.А. Савчур-Шекмар. – К. : Наук. світ, 2000. – 117 с.
19. Андрійчук В.Г. Теоретико-методологічне обґрунтування ефективності виробництва // Економіка АПК. 2005. № 5. С. 52–63.
20. Бойчик І.М. Економіка підприємства : Навч. посіб. / І.М. Бойчик. [вид. 2-ге, доп. і перероб.]. К. : Атіка, 2011. 528 с.
21. Воронін О. Визначення показників економічної ефективності виробництва на основі модифікації ресурсного підходу // Економіка України / О. Воронін. 2007. № 10. С. 29–37. 4.
22. Кісіль М.І. Критерії і показники економічної ефективності малого і середнього бізнесу на селі // Економіка АПК. 2009. № 8. С. 59–64.
23. Шматковська Т.О. До питання дефініції економічної ефективності використання основних засобів / Т.О. Шматковська, С.М. Онисько, О.Г. Агрес // Materialy VI Mezinarodni vedecko-prakticka konference «Veda a technologie: krok do budoucnosti – 2010». Dil 5 Ekonomicke vedy: Praha. Publishing House «Education and

Science» s.r.o. P. 84–86.; (27 unora (лютого)–05 brezen (березня) 2010 roku). URL: <http://esnuir.eenu.edu.ua/handle/123456789/4467>

24. Говорушко Т.А. Управління ефективністю діяльності підприємств на основі вартісноорієнтованого підходу : [монографія] / Т.А. Говорушко, Н.І. Клімаш. – К. : Логос, 2013. – 204 с.

25. Нортон, Д. Система сбалансированных показателей. От стратегии к действию [Текст] / Д. Нортон, Р. Каплан. – М. : Олимп-Бизнес, Библиотека IBS, 2004. – 320 с.

26. Онищенко О. Методологічний аспект порівняльної оцінки ефективності різних форм господарювання в аграрній сфері / О. Онищенко, В. Юрчишин // Економіка України. – 2006. – № 6. – С. 63- 76.

27. Кривов'язюк І.В. Економічна діагностика підприємства: теорія, методологія та практика застосування: монографія / І.В. Кривов'язюк. – Луцьк, 2014. – 260с.

28. Воронкова А.Е. Діагностика стану підприємства: теорія і практика: монографія / А.Е. Воронкова. – Харків: Вид-во «ІНЖЕК»,2008. – 520 с.

29. Кудренко Н.В. Теоретико-методичні підходи щодо оцінювання економічної ефективності функціонування підприємств / Н.В. Кудренко // Економіка і право. – 2015. – №18. – с.61-67

30. Богданович О.Г. Аналіз ефективності діяльності підприємства на засадах узгодження інтересів груп економічного впливу / О.Г. Богданович // Маркетинг і менеджмент інновацій. – 2015. – № 1.

31. Кірейцев Г.Г. Фінансовий менеджмент: навч. посібник. – Київ «Центр навчальної літератури», 2012. – 531 с.

32. Єпіфанова І. Ю. Формування стратегії розвитку підприємства в сучасних умовах / Єпіфанова І. Ю., Дзюбка М. Ю. // Вісник ОНУ ім. І.І. Мечнікова. – 2017. – Т. 22. – Вип. 2 (55). – С. 99-103.

33. Єпіфанова І. Ю. Фінансовий аналіз та звітність : практикум / І. Ю. Єпіфанова, В. В. Джеджула. – Вінниця : ВНТУ, 2017. – 143 с.

34. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білінської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

35. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rusnauka.com/Medecine>

36. Атаманчук Г.В. Теория государственного управления: Курс лекций. – изд. 2-е, доп. – М. : Омега-Л, 2004. – 584 с.

37. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf>

38. Зеркин Д.П., Игнатов В.Г. Основы теории государственного управления: Курс лекций. – 2-е изд. , доп. и перераб. – М.; Ростов н/Д: МарТ, 2005. – 512 с.

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

40. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).

41. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis>.

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

43. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dynauka.com.ua/?op=1&z=1336>.

44. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

45. Науковий Менеджмент в медицині. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>.

46. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>.

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

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

49. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127584>.

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

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

52. 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

## Додаток А

## Анкета для on-line опитування

## Визначення якості обслуговування у лікувальному закладі

Дайте, будь-ласка, відповіді на нижче наведені запитання. Ваші відповіді дозволять зробити узагальнену оцінку якості обслуговування пацієнтів у лікувальному закладі, врахувати Ваші побажання та виправити наявні недоліки в подальшій діяльності.

\*Обов'язкове поле

## Дані особові

## Ваш вік \*

- < 20  
 21 - 35  
 36 - 45  
 46 - 60  
 > 60

## Стать: \*

- чол.  
 жін.

## Освіта:

- середня  
 середня спеціальна  
 вища

## Місце проживання: \*

- обласний центр  
 районний центр  
 інше:

## Статус працевлаштування: \*

- Працюю на підприємстві (в установі, організації).  
 Приватний підприємець.  
 Безробітний (-на).  
 Студент (-ка).

## Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом? \*

- за номером телефону  
 з допомогою електронної пошти  
 особистий візит

## Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою: \*

- 1 2 3 4 5

## Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу? \*

- лікар, який проводив діагностику  
 думка знайомих  
 власний досвід  
 інформація з інтернет-ресурсів (реклами)  
 місце проживання  
 інше:

## Як довго Ви очікували на оформлення

- до 15 хв.  
 до 30 хв.  
 до години  
 більше години

## Чи отримали Ви при оформленні вичерпну інформацію про свої права? \*

- |  | так                   | швидше так            | швидше ні             | ні                    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Оцініть ставлення до Вас працівників

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Як Ви оцінюєте роботу відділення загальної? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

погано      відмінно

**В яке відділення Вас було оформлено? \***

(хірургія, урологія, травматологія...)

**Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Оцініть ставлення до Вас лікаря? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Чи питали у Вас згоди на лікування? \***

- так  
 ні

**Чи отримали Ви достатньо інформації на предмет обраної методики лікування та ліків, які використовувалися? \***

- так  
 швидше так  
 швидше ні  
 ні

**Оцініть умови Вашого перебування у відділенні, у якому проходило лікування: \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

погано      відмінно

**Як Ви оцінюєте загальну роботу відділення, у якому проходило лікування? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

погано      відмінно

## Загальний висновок

**Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим? \***

- так  
 ні

**Що на Вашу думку необхідно змінити/попрацювати в роботі лікувального закладу?**

За підтримки служби [Документи Google](#)

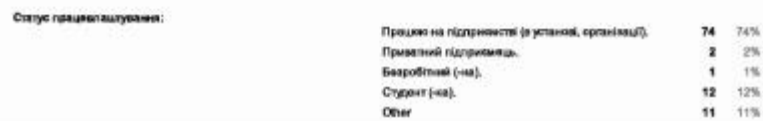
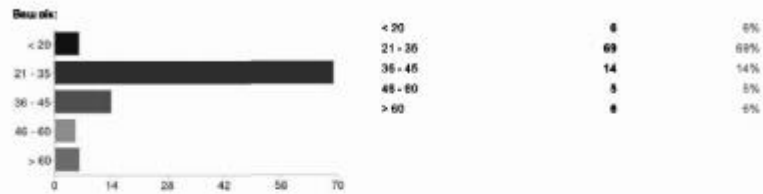
[Повідомити про порушення](#) · [Умови надання служби](#) · [Додаткові положення](#)

## Результати анкетування

100 відповіді

Зведення (за всіма відповідями)

## Дані особові





**Термін перебування у лікувальному закладі:**

поодинокі 10 1 2 тижні 2 тижні 10 14 днів 3 тижні 10 3 дні 7 4 дні 1 за який період? за все життя? 1 місяць 2 дні часто и много, врачи, больницы, ответы ниже - по городской больнице 3-4 года назад 5 8 днів 10 21 10 д ...

**Якість обслуговування**

**Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом?**



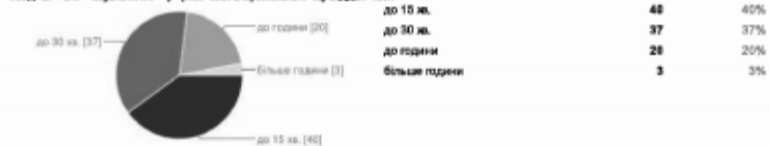
**Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою:**



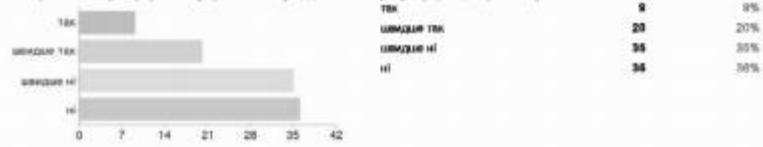
**Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?**



**Як довго Ви очікували на оформлення в приймальний відділення?**



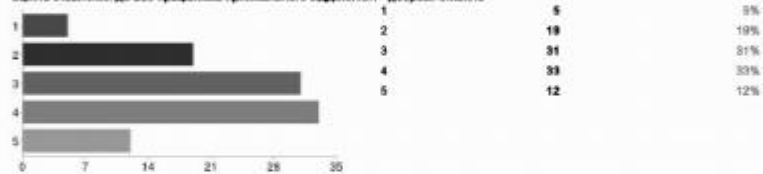
Чи отримали Ви при оформленні у приймальне відділення необхідну інформацію про свої права? -



Оцінює ставлення до Вас працівників приймального відділення? - нечуйність



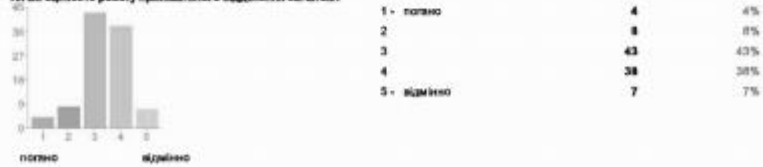
Оцінює ставлення до Вас працівників приймального відділення? - доброзичливість



Оцінює ставлення до Вас працівників приймального відділення? - зацікавленість



Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом?



В якій відділенні Вас було оформлено?

інвалідів дитячий  
стаціонар термінальної травми легкого психічного захворювання  
психічного захворювання (об'єднані) Гім. ...