

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ZAPORIZHZHIA NATIONAL UNIVERSITY

ФАКУЛЬТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ
FACULTY OF MANAGEMENT

КАФЕДРА ПІДПРИЄМНИЦТВА, МЕНЕДЖМЕНТУ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА
ЛОГІСТИКИ
CHAIR OF ENTREPRENEURSHIP, MANAGEMENT OF ORGANIZATIONS
AND LOGISTICS

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
МАГІСТРА

на тему Аспекти менеджменту підприємства у системі охорони здоров'я

THESIS FOR THE MASTER'S DEGREE

Aspects of Enterprise Management in the Healthcare System

Виконав: студент 2 курсу магістратури, групи 8.0731-мо-з
спеціальності 073 – Менеджмент
освітньої програми Менеджмент організацій і адміністрування
В.О. Моргунцов
Керівник доцент кафедри ПМОіЛ,
к.н. держ.упр. Онищенко О.А.
Рецензент доцент кафедри ПМОіЛ, к.е.н. Шишкін В.О.

Запоріжжя – 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет менеджменту

Кафедра підприємництва, менеджменту організацій та логістики

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 073 Менеджмент, освітня програма Менеджмент організацій і адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

к.е.н., доцент Павлюк Т.С.

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Моргунцову Владиславу Олеговичу

1. Тема роботи Аспекти менеджменту підприємства у системі охорони здоров'я

керівник роботи Онищенко Оксана Аатоліївна, к.н.держ.упр., доцент,
затверджені наказом ЗНУ від «___» _____ 20__ року №___

2. Строк подання студентом роботи «___» _____ 20__ р.

3. Вихідні дані до роботи наукові праці з питань менеджменту організацій, методів управління підприємствами системи охорони здоров'я, законодавство України, ресурси мережі Internet, статистичні матеріали Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради та власні спостереження.

4. Перелік питань, які потрібно розробити:

Дипломна робота складається з основної частини і додаткової. Основна частина містить такі структурні елементи: вступ, сутність (3 розділи – теоретичний, аналітико-дослідницький, проектно-рекомендаційний), висновки та рекомендації, список використаних джерел. 1 Розділ – Теоретико-методичні основи менеджменту підприємств у системі охорони здоров'я – складається з 3 підрозділів: 1.1 Теоретичні засади поняття та змісту менеджменту системи охорони здоров'я; 1.2 Специфіка управління підприємством у сфері охорони здоров'я. Моделі управління медичними закладами; 1.3 Фінансування підприємств системи охорони здоров'я; 2 Розділ – Аналіз системи менеджменту підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради – складається з 3 підрозділів: 2.1 Загальна характеристика підприємства; 2.2 Фінансовий аналіз діяльності КНП «ЗОКЛ»

ЗОР; 2.3 Ризики та перспективи розвитку КНП «ЗОКЛ» ЗОР; 3 Розділ – Шляхи підвищення ефективності менеджменту підприємства у системі охорони здоров'я – складається з 2 підрозділів: 3.1 Питання реструктуризації системи охорони здоров'я з метою її більшої орієнтації на первинну медико-санітарну допомогу 3.2 Використання систематичних оглядів та мета-аналізів в управлінні охороною здоров'я та клінічній практиці.

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Онищенко О.А., доцент кафедри підприємництва, менеджменту організацій та логістики факультету менеджменту ЗНУ	07.10.2022 р.	07.10.2022 р.
2	Онищенко О.А., доцент кафедри підприємництва, менеджменту організацій та логістики факультету менеджменту ЗНУ	28.10.2022 р.	28.10.2022 р.
3	Онищенко О.А., доцент кафедри підприємництва, менеджменту організацій та логістики факультету менеджменту ЗНУ	28.11.2022 р.	28.11.2022 р.

6. Дата видачі завдання 07.10.2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	вересень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	вересень	виконано
3	Збирання матеріалу на підприємстві	жовтень	виконано
4	Обробка матеріалу	жовтень	виконано
5	Виконання розділу 1	жовтень	виконано
6	Виконання розділу 2	листопад	виконано
7	Виконання розділу 3	листопад	виконано
8	Формулювання висновків	листопад	виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії	листопад	виконано
10	Подання роботи на кафедру	листопад	виконано

Студент _____ В.О. Моргунцов
(підпис)

Керівник роботи _____ О.А. Онищенко
(підпис)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 102 с., 1 рис., 5 табл., 60 джерел.

Об'єктом дослідження є організація охорони здоров'я як соціально-економічна система та закономірності її функціонування з урахуванням довкілля.

Предметом дослідження є система управління Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

Метою роботи є розвиток управлінського інструментарію стратегічного управління організацій охорони здоров'я.

Методи дослідження – спостереження, порівняння, групування та узагальнення даних, економічний і фінансовий аналіз, узгодження та формалізація, балансовий метод, методи математичної статистики, графічне і табличне представлення даних.

Актуальність теми обумовлюється тим, що в умовах інноваційної економіки існує гостра необхідність пошуку та застосування найбільш ефективного інструментарію стратегічного управління організаціями охорони здоров'я.

Під час виконання роботи було розглянуто теоретико-методичні засади менеджменту підприємств системи охорони здоров'я. На основі теоретичного матеріалу було проведено дослідження ефективності управління обраного підприємства та запропоновані заходи щодо його удосконалення.

МЕНЕДЖМЕНТ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, УДОСКОНАЛЕННЯ,
ОЦІНКА, МЕТА-АНАЛІЗ

ABSTRACT

Thesis for the Master's Degree: 102 pp., 1 fig., 5 tab., 60 sources.

The object of the study is the organization of health care as a socio-economic system and the regularities of its functioning taking into account the environment.

The subject of the study is the management system of the Zaporizhzhia Regional Clinical Hospital of the Zaporizhzhia Regional Council.

The purpose of the work is the development of management tools for strategic management of healthcare organizations.

Research methods – observation, comparison, grouping and generalization of data, economic and financial analysis, agreement and formalization, balance method, methods of mathematical statistics, graphical and tabular presentation of data.

The relevance of the topic is determined by the fact that in the conditions of the innovative economy there is an urgent need to find and apply the most effective tools for strategic management of health care organizations.

During the performance of the work, the theoretical and methodological principles of the management of enterprises of the health care system were considered. On the basis of theoretical material, a study of the management efficiency of the selected enterprise was conducted and measures for its improvement were proposed.

MANAGEMENT, HEALTH CARE, IMPROVEMENT, EVALUATION,
META-ANALYSIS

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА СИМВОЛІВ

КНП «ЗОКЛ» ЗОР – комунальне некомерційне підприємство
«Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради;

ГКУ – Господарський Кодекс України;

СМЯ – система менеджменту якості;

ЛПУ – лікувально-профілактична установа;

МДТФ – мультидонорський трастовий фонд;

ВПО – внутрішньо переміщена особа;

ГФУ – Гуманітарний фонд для України;

НСЗУ – Національна служба здоров'я України;

ПМГ – Програма медичних гарантій;

ПМД – первинна медична допомога;

ПДЛ – Програма “Доступні ліки”;

ПСБО – Національні стандарти бухгалтерського обліку;

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
14	14
1.1 Теоретичні засади поняття та змісту менеджменту системи охорони здоров'я.....	14
1.2 Специфіка управління підприємством у сфері охорони здоров'я. Моделі управління медичними закладами	24
1.3 Фінансування підприємств системи охорони здоров'я.....	30
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВА «ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ.....	
42	42
2.1 Загальна характеристика підприємства	42
2.2 Фінансовий аналіз діяльності КНП «ЗОКЛ» ЗОР.....	52
2.3 Ризики та перспективи розвитку КНП «ЗОКЛ» ЗОР	64
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВА У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
70	70
3.1 Питання реструктуризації системи охорони здоров'я з метою її більшої орієнтації на первинну медико-санітарну допомогу	70
3.2 Використання систематичних оглядів та мета-аналізів в управлінні охороною здоров'я та клінічній практиці.....	78
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	96

ВСТУП

Необхідність дослідження особливостей менеджменту підприємств у системі охорони здоров'я диктується потребою у створенні загальної мови як менеджерів, так вироблення концептуальних підходів до спілкування керівників і фахівців промисловості медичних послуг на різних ступенях управління. В основу кваліфікаційної роботи покладено поняття та категорії з концепції визначень для статистики медичних послуг, рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Управління, як вид людської діяльності, існує давно. Однак за своїми формами, як у державному масштабі, так і на галузевому рівні, воно не може бути встановленим раз і назавжди. Управління – це досить чутливий інструмент, який залежить від цілого ряду зовнішніх факторів, зокрема, державного ладу, типу власності, зрілості ринку та ін. Проголошений у 1994р. у незалежній Україні курс на перехід до соціально орієнтованої ринкової (змішаної) економіки потребує зламу адміністративно-командної системи управління та переходу всіх галузей національного господарства, у тому числі й системі охорони здоров'я, на принципи наукового управління, використання придатних для України універсальних положень світового менеджменту.

Якість медичних послуг та ефективність клінічної діяльності завжди знаходяться на першому плані. Здатність до своєчасного надання високоякісної медичної допомоги, підвищення організаційної ефективності, задоволення запитів споживачів шляхом усунення витрат, оптимізації процесів і їх собівартості – необхідні умови роботи сучасних медичних установ.

Система охорони здоров'я більшості зарубіжних країн продовжує активно реформуватися з метою максимального задоволення запитів населення щодо надання медичної допомоги. Використання показників

задоволеності медичною допомогою як критерій оцінки ефективності обраного напрямку розвитку системи охорони здоров'я дозволяє внести ясність у розуміння його змісту, а також виробити нові підходи та методи щодо реформування галузі.

Актуальність теми кваліфікаційної роботи обумовлюється тим, що в умовах інноваційної економіки існує гостра необхідність пошуку та застосування найбільш ефективного інструментарію стратегічного управління організаціями охорони здоров'я, що включає стратегічний аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища, управління ресурсним потенціалом, підходи до стратегічного планування та прогнозування.

Розвиток організацій охорони здоров'я є невід'ємним компонентом сталого зростання будь-якої економічної системи, що цивілізовано функціонує. Стратегічний менеджмент у охороні здоров'я тісно пов'язаний із поняттям якості організації управління, оскільки суть медичної діяльності полягає не тільки в управлінні процесами, а й у покращенні лікувальних чи діагностичних показників, і, зрештою, орієнтована на покращення здоров'я населення. Отже, визначення суті медичного стратегічного менеджменту є необхідним заходом для подальшого розвитку цього напрямку.

Багато державних організацій охорони здоров'я вийшли на новий рівень розвитку та здатні запропонувати пацієнтам високу якість медичної допомоги. Тому підвищення рівня стратегічного менеджменту є необхідною умовою їхнього конкурентного виживання в умовах господарювання.

За даними Державної служби статистики України, з 2012 по 2020 рік частка платних медичних послуг у загальній структурі платних послуг становила 4,7 – 4,9%. Обсяг споживання платних медичних послуг за ці роки зріс у 65 разів. 6,8% населення мають намір витратити кошти на комерційну медицину, при цьому 44% населення хотіли б купувати платні медичні послуги, але не мають фінансових та інших можливостей. Число медичних установ приватної форми власності за минулі 15 років зросло у 8 разів. Активне зростання комерційного сектору медичних послуг диктує

необхідність пошуку нових ефективних підходів до управління медичною організацією, які застосовуються для установ комерційної спрямованості.

Стратегічне управління організаціями охорони здоров'я передбачає наявність високої управлінської кваліфікації, вміння орієнтуватися та застосовувати управлінські методики з урахуванням галузевої специфіки системи вітчизняної охорони здоров'я. Існує різноманіття загальних підходів до стратегічного управління організацією, проте медичний стратегічний менеджмент передбачає вироблення окремих управлінських підходів, заснованих на галузевих особливостях системи охорони здоров'я, що історично склалися.

Головним завданням стратегічного медичного менеджменту є формування логіко-інформаційної системи взаємодії різних рівнів управління клінікою з метою забезпечення ефективності функціонування всіх елементів організаційної структури. Під інструментарієм стратегічного медичного менеджменту розуміється набір управлінських технологій, які застосовуються в організаційних формах охорони здоров'я та спрямованих на підвищення ефективності організацій охорони здоров'я як соціально-економічного суб'єкта. Ступінь ефективності стратегічного менеджменту організацій охорони здоров'я визначається правильністю розподілу функцій робочих місць, скоординованості їх між собою і досягненням безперебійної реалізації бізнес-процесів на всіх рівнях господарювання.

Теоретичні основи процесу управління розглядали у своїх роботах К.Арджіріс, Л. Гіолік, П. Дракер, Р. Девіс, Ст. Зігерт, Р. Лайкерт, Д. Макгрегор, Е. Мейо, У. Ньюмен, Ф. Ротлісбергер, А. Слоун, Ф. Тейлор, Л. Урвік, А. Файоль, М. Фоллет, Г. Форд, А. Чандлер, Р. Шелтон, Г. Емерсон та інші.

У виділення стратегічного менеджменту як нової дисципліни зробили внесок численні автори, серед яких можна назвати І. Ансоффа, П. Друкера, Ф. Зельцника та А. Чандлера.

Різні аспекти менеджменту за умов охорони здоров'я в Україні

розглядали О.В. Баєва, Гриценко В. І., Вовк М. І., Котова А. Б., Дейкун М. П., Пономаренко В. М., Ластовченко М. М., Кальниш В. В., Бобир Ю. Г., Волошин Р. О. та інші.

Особливості стратегічного управління організаціями охорони здоров'я у своїх роботах розглядає сучасний дослідник С.А. Ануфрієв, об'єктивно оцінюючи роль та позицію лікаря як співробітника в системі управління клінікою, а також сучасний стан управлінських кадрів. Автор приділяє увагу інноваційному та юридичному аспекту роботи клініки, а також торкається теми складності оцінки якості її роботи. Проблеми та перспективи організацій охорони здоров'я обговорює у своїх роботах Г.П. Михайлик, описуючи стримуючі чинники, споживчі інтереси та сучасні умови їхньої діяльності. Шляхи вдосконалення управління охороною здоров'я на муніципальному рівні розкриває Н.К. Гусєва.

Дослідження вищенаведених матеріалів показало, що економічні проблеми розвитку стратегічного менеджменту у науковій економічній думці розроблені досить повно. Разом з тим відсутні комплексні дослідження зі стратегічного управління організаціями охорони здоров'я, за допомогою яких можна було б реалізувати можливість виявлення особливостей формування високотехнологічного сектору.

Актуальність, висока соціальна значимість і недостатня розробленість теоретичних, організаційно-економічних та практичних засад стратегічного управління організаціями охорони здоров'я в економічному просторі України визначили вибір мети та завдань кваліфікаційного дослідження.

Мета кваліфікаційного дослідження: розвиток управлінського інструментарію стратегічного управління організацій охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети було визначено та вирішено такі завдання:

- вивчити понятійний апарат та сучасні концепції управління на основі дослідження принципів стратегічного менеджменту організацій охорони здоров'я, уточнити поняття медичного стратегічного менеджменту;

- виявити та класифікувати фактори, що впливають на стратегічне управління організаціями охорони здоров'я; оцінити перспективи застосування лізингового та кредитного фінансування у процесі стратегічного управління організаціями охорони здоров'я, виявити та аргументувати найбільш ефективний тип фінансування, сформувавши його модель;

- дослідити стратегії організацій охорони здоров'я, запропонувати інструментарій щодо їх вибору;

- дослідити процесний підхід до управління організаціями охорони здоров'я та сформувавши алгоритм виділення бізнес-процесів у медичній організації;

- виявити алгоритм управління в організаціях охорони здоров'я з урахуванням трансакційних витрат та способів їх.

Об'єктом дослідження є організація охорони здоров'я як соціально-економічна система та закономірності її функціонування з урахуванням довкілля.

Предметом дослідження є система управління Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

Під час написання кваліфікаційної роботи були використані загальнонаукові теоретичні та емпіричні методи дослідження: аналіз і узагальнення літератури з теми дослідження, методи спостереження та порівняння, аналітичний, групування та узагальнення даних, структурні методи аналізу, елементи економічного і фінансового аналізу, методи узгодження та формалізації, балансовий метод, матричні методи та метод експертних оцінок. В роботі використані методи математичної статистики, графічне і табличне представлення даних.

Інформаційну базу дослідження склали наукові праці вчених-економістів з питань менеджменту підприємств системи охорони здоров'я, управління бізнес-процесами та ціноутворення на підприємствах. Також в

якості джерел інформації було використано законодавство України, ресурси мережі Internet, статистичні матеріали Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради та власні спостереження.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в кваліфікаційній роботі комплексно досліджується інструментарій стратегічного управління організацій охорони здоров'я. Отримані результати дозволили вдосконалити управлінський інструментарій з урахуванням специфіки об'єкта, що досліджується, що зокрема може бути використано на Комунальному некомерційному підприємстві «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради для підвищення ефективності його діяльності.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку та рекомендацій, списку використаних джерел.

Апробацію результатів дослідження було здійснено шляхом впровадження результатів дослідження на Комунальному некомерційному підприємстві «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Теоретичні засади поняття та змісту менеджменту системи охорони здоров'я

Управління охороною здоров'я – це складова частина соціальної медицини та організації охорони здоров'я, оскільки організація є однією з функцій управління, як поняття.

Актуальність оволодіння майбутніми лікарями науковими основами управління зумовлена тим, що їм доведеться працювати в умовах ринкових відносин, а ринок з його невпевненістю та конкурентністю вимагає від кожного фахівця вміння прийняття науково обґрунтованих управлінських рішень насамперед у межах своєї професійної діяльності.

Формування для системи охорони здоров'я не тільки лікаря, а й управлінця якісно нового типу – професійного менеджера потребує відповідного розуміння витоків управління як такого, його критичної оцінки, знань з історії становлення та розвитку галузевої вітчизняної системи, знайомства з еволюцією світового менеджменту та використання його придатного для України досвіду [29].

Менеджмент у системі охороні здоров'я – це наука управління, регулювання та контролю фінансовими, трудовими та матеріальними ресурсами охорони здоров'я.

Мета менеджменту в системі охороні здоров'я – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення за наявних ресурсів.

Щодо медико-виробничої діяльності поняття «менеджмент» і «менеджер» (керуючий) правомірно поширити на такі процеси та осіб, які

керують цими процесами:

- управління виробничо-господарською діяльністю державних організацій сфери охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичні послуги;

- управління виробничою та ринковою підприємницькою діяльністю комерційних організацій охорони здоров'я з боку найманих керуючих, залучених власниками. В окремих випадках господар, власник справи, може виконувати функції менеджера;

- безпосередньо управління медичним, допоміжним персоналом, який надає послуги охорони здоров'я.

Управління системою охороною здоров'я – це менеджмент, об'єктом якого є складна, соціотехнічна відкрита динамічна система.

Сама специфіка об'єкта робить керування ним надзвичайно складним.

До основних особливостей управління охороною здоров'я відносять:

- особливу відповідальність прийнятих рішень, від яких залежить життя і здоров'я людей;

- труднощі, через які іноді є неможливим передбачення віддалених наслідків, прийнятих рішень;

- складність, а іноді і неможливість виправлення невірних рішень.

Завдання управління системою охорони здоров'я – це найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

У охороні здоров'я, медичній діяльності управління орієнтоване на виробництво, розподіл, звернення, споживання медичних товарів та послуг, учасників цих процесів (персонал та організації, які здійснюють охорону здоров'я) і до певної міри – на пацієнтів – споживачів послуг.

Медична діяльність є досить специфічною частиною невиробничої сфери, а медична послуга відрізняється від будь-якої іншої, але застосування теорії класичного менеджменту в охороні здоров'я можливе за умови

внесення деяких коректив.

Справедливість подібного твердження доводиться вже наявним досвідом застосування методів менеджменту в організації управління деяких (особливо недержавних) медичних установ.

Управління взагалі та самоврядування зокрема слід розглядати як соціальну функцію. Основою науки управління є сукупність дисциплін (філософія, соціологія, економіка, правознавство, психологія, кібернетика та інші), які вивчають та забезпечують її практику управління та базуються на позиціях теоретичних управлінських підходів.

Теорія управління вивчає закономірності формування, побудови, функціонування, розвитку різних систем, перспективність застосування методів, і навіть організаційні принципи структур.

Підвищення рівня управління пов'язане з необхідністю подальшого розвитку науки, дослідження її теоретичних та організаційних засад.

Наука управління – це види діяльності, організаційно-технологічні та технічні заходи керівництва окремими виробничими системами та колективами, спрямовані на досягнення максимально повного ефекту при малих витратах часу, людської праці та енергії, в основу яких покладено вивчення та використання законів та принципів, залежність між причинами та наслідками.

Отже, управління варто розглядати як наукову дисципліну, яка має предмет, теорію, закони, принципи, функції та методи, використання яких дозволяє конкретизувати та доповнювати її мету, завдання та зміст.

Теорія управління – це організація систем та його складових частин, обґрунтування схем-моделей і процесу управління, тобто визначення сутності та її застосування.

Теорія досліджує та визначає закономірності ходу процесів та явищ у даній галузі.

Управлінська діяльність здійснюється за відповідними законами науки управління – ними виділено теорією найбільш суттєві, першорядні за своїм значенням залежності та зв'язки.

Управління ґрунтується на комплексному підході їх застосування, а саме:

1. Головний економічний закон.
2. Поділ праці.
3. Інтеграція трудового процесу.
4. Неухильне зростання продуктивності праці.
5. Співвідносності керуючої та керованої системи.
6. Зворотній зв'язок.
7. Єдність дії всіх законів управління.
8. Скорочення шаблів управління.
9. Гармонійність структури та функції.
10. Зміна функцій управління.
11. Інерція в людських взаєминах.
12. Поширений контроль та інших.

Ефективність управлінської діяльності залежить від ступеня активного використання принципів і методів науки управління.

Принципи управління – це головні, вихідні положення теорії, вчення, науки, до яких належать: об'єктивність та конкретність, науковість, системність, комплексність, плановість, оптимальність та ефективність, конкретність головної ланки, раціональне поєднання централізму та демократизму, єдиного керівництва та колегіальності, стимулювання праці, галузевого та територіального управління, постійного вдосконалення форм та методів, обліку та контролю та ін.

Управління з позицій менеджменту притаманне й системі охорони здоров'я, тому остання має відповідати загальним ознакам, до яких належать: наявність системи та її керівної та керованої структури; динамічний характер

та підсилююча здатність; зв'язок елементів; наявність інформації; цілеспрямованість управління тощо.

Складність управління системою охорони здоров'я обумовлюється тим, що:

- процес відбувається у рамках складної організаційної моделі;
- впливає на складні об'єкти, які характеризуються різноманітними явищами;
- складається з численних функціональних операцій та процедур, які виконуються структурними підрозділами зі складними управлінськими взаємини.

Крім того, процес управління системою охорони здоров'я обумовлений і зовнішніми факторами:

- ускладненням завдань, покладених на неї;
- прогресуючим процесом спеціалізації та диференціації медичних знань та функцій, що потребують їх інтеграції;
- необхідністю знань комплексних дисциплін, що інтенсивно розвиваються (теорії соціальної медицини, медичної статистики, економіки, планування та ін.);
- змінами у структурі захворюваності населення, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб;
- наростанням потужності закладів охорони здоров'я та ускладненням процесів управління ними та інше.

Чинники, які сприяють ефективному управлінню охороною здоров'я:

- удосконалення підбору керівних кадрів;
- наукове удосконалення стилю роботи керівників;
- комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління);
- удосконалення функції та структури апарату управління;
- наукова організація праці в керівній та керованій підсистемах;

- забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я загалом та закладом зокрема.

Комплексне вдосконалення процесів управління своєю чергою залежить від:

- кваліфікації та компетентності керівника;
- наявності інформації, як знаряддя праці (її якості, інтенсивності надходження, системності, своєчасності, ймовірності тощо).

Першопричиною появи управлінської діяльності, управлінських взаємин стала праця та трудова діяльність. Саме праця, як і будь-який її процес іманентно містить елементи управління, але лише на певному щаблі розвитку (наприклад, при колективній праці) воно виділяється у самостійну функцію, зокрема, суспільної праці.

Управління виникло та розвивалося, насамперед, як потреба узгодження дій для отримання заданого результату діяльності людини, колективів, а згодом – організацій, відомств, держави та суспільства.

Надалі воно стає видом професійної діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання специфічних функцій. Для успішного виконання управлінської праці необхідні професійна освіта, відповідна підготовка, оволодіння конкретними навичками та певними можливостями (комунікабельність, підприємливість, організаторські здібності та ін.).

Отже, управління, управлінська діяльність, є елементом і складовою виробничих відносин, зумовлених суспільним характером праці, представляє складний і специфічний вид діяльності, неможливий для успішного виконання без відповідної підготовки, використання лише простих схем, прийомів та правил роботи.

Керувати можна людьми, знаряддями праці та атрибутами що їх супроводжують (інформацією, фінансами, знаннями, досвідом тощо). Між тими, хто керує, і ким керують, виникають певні взаємини за принципом прямого та зворотного зв'язку.

Складність в управлінні будь-якими соціальними системами, медичною допомогою зокрема визначається необхідністю:

- а) постановки цілей, формуванням завдань;
- б) організації системи та її складових частин (з урахуванням первинності функцій перед структурою);
- в) прийняття управлінських рішень та забезпечення їх реалізації;
- г) облік взаємовідносин та взаємодій робітників, колективів;
- г) реалізації функцій управління, які конкретизують змістовну та ділову частини праці та взаємовідносин;
- д) забезпечення комплексного підходу до роботи з персоналом тощо.

Специфіка діяльності обумовлена також тим, що управління – це наука, функція, процес, мистецтво.

А в чому полягає сутність управління? Усвідомлення її потребує осмислення парадигми – ключової ідеї, що лежить в основі побудови концепції або вихідної позиції (поняття, модель, схема) у постановці проблем, їх поясненні та вирішенні.

Сучасна парадигма науки в основу визначення поняття «управління» та побудови його наукової концепції ставить діяльність людини та всі фактори її здійснення – мотиви, інтереси, цінності, стимули, зміст і т.п.

У літературі зустрічаються багато різноманітних варіантів визначення поняття управління. Однак абсолютна більшість дослідників єдина в тому, що споконвічною основою його є вплив.

Враховуючи це, під управлінням варто розуміти організацію та реалізацію цілеспрямованих, регламентованих та адекватних управлінської ситуації впливів, які забезпечують максимально раціональне, оперативне та ефективне функціонування керованої системи з метою досягнення поставлених цілей та завдань.

Таке визначення поняття управління свідчить, що в його основу покладено той чи інший вплив (наказ, розпорядження, вказівка, план, зауваження, побажання, прохання, критика та ін.), яке має відповідати п'яти

вимогам, а саме: бути організованим, реалізованим, цілеспрямованим, регламентованим, адекватним щодо конкретної управлінської ситуації.

Поняття визначає ряд принципових вимог до управлінської діяльності – забезпечення максимально раціонального, оперативного та ефективного функціонування керованої системи задля досягнення поставлених цілей та завдань.

Важливим при організації управління є моделювання його системи. Система управління це:

1. сукупність дій щодо узгодження спільної діяльності людей;
2. сукупність зв'язаних ланок (чи проблем) реалізації управління.

Ланки системи управління різноманітні, їх зв'язки та взаємодія окреслюють структуру та складові управлінські проблеми. Останні формують конкретний комплекс та певну ієрархію.

Структурно система управління та її удосконалення включають п'ять основних проблем: організація системи як керований об'єкт; методи; функції, культура та техніка.

Знання теоретичних аспектів комплексу проблем, що структурно притаманні поняттю «система управління», має велике практичне значення для організації та керівництва в системі охорони здоров'я, оскільки дозволяє:

1. Скласти план роботи щодо удосконалення управління у кожній системі чи її підсистемах.
2. Розробити програму та план групового та індивідуального підвищення кваліфікації управлінського персоналу, в т.ч. керівного складу.
3. Скласти план та програму контролю стану управління системою.
4. Згрупувати інформацію з кожної з проблем.

Будь-яка керована система спирається на низку факторів, які стабілізують та забезпечують її ефективне функціонування, наприклад, надання медичної допомоги населенню. Одним із напрямів стабілізації діяльності системи та використання надійних механізмів мають бути наукові

засади управління. Впровадження їх у діяльність практичної системи медичної допомоги потребує вирішення таких обов'язкових умов:

- а) наявності високоорганізованої системи та її складових підсистем;
- б) розроблення технологічно-функціональних аспектів управлінської діяльності;
- в) наявності кваліфікованих кадрів;
- г) надійності та своєчасності інформації;
- г) адекватності фінансування та матеріально-технічної бази;
- д) перерозподілу функцій та реорганізації під них структури керівних суб'єктів на всіх ієрархічних рівнях при широкому делегуванні прав та обов'язків керівникам та ін.

На тлі загальних тенденцій розвитку вітчизняного виробництва у бік застосування теорії та практики менеджменту в управлінні система охорони здоров'я дуже відстає.

Про це свідчать відсутність фахівців у галузі медичного менеджменту, убогість літератури на цю тематику.

Подібне відставання призводить до того, що система охорони здоров'я в Україні стає нежиттєздатною. Це обумовлено переведенням усієї медико-технічної діяльності на ринкову систему.

Обладнання, медикаменти та витратні матеріали купуються за ринковими цінами, а фінансування медичних установ знижується, незважаючи на появу можливостей активного пошуку додаткових джерел фінансування.

Основи менеджменту в охороні здоров'я розглядають питання економіки, фінансування, методичних основ планування, маркетингу, управління змінами інновацій, стратегії управління, проектування адаптивних організацій, управління людськими ресурсами, інформаційні технології та бізнесу, управління виробничими операціями та ланцюжками створення цінності в лікувально-профілактичних установах.

Керівникам лікувальних закладів необхідно мати певний запас спеціальних економічних знань для прийняття оптимальних рішень при наданні медичної допомоги хворим.

У цьому контексті доречно проаналізувати таку галузь науки, як економіка охорони здоров'я, яка є науковою суспільною дисципліною, що досліджує тенденції та закономірності формування, розподілу та використання у галузі потоків матеріальних, трудових та фінансових ресурсів, у безпосередньому зв'язку з суспільно-економічною формою організації охорони здоров'я населення .

Економіка – це наука про методи управління, господарювання та дії економічних законів у охороні здоров'я. Виходячи з визначення, можна окреслити коло основних питань економіки охорони здоров'я:

- питання фінансування охорони здоров'я;
- розробка підходів та методів ціноутворення на різні види медичних послуг;
- дослідження ролі та окремих видів діяльності системи охорони здоров'я у спільній економіці (обґрунтовує соціальну, медичну та економічну ефективність охорони здоров'я);
- розробка методів раціонального та ефективного використання матеріальних, фінансових та трудових ресурсів охорони здоров'я;
- економічне обґрунтування та оцінка нових організаційних форм та методів медичної допомоги.

В управлінні системою охорони здоров'я існують принципові особливості та складності, адже проблеми здоров'я значною мірою перебувають за межами медичної компетентності та мають соціальне обґрунтування. До того ж, сама система має можливий характер функціонування. А це, у свою чергу, вносить корективи до сформованих механізмів організації та надання медичної допомоги, забезпечення заходів щодо зберігання та зміцнення здоров'я населення. Тому сьогодні, з орієнтацією на ринкову економіку, питання вдосконалення системи

управління медичною допомогою набуває особливої доцільності і принциповості.

1.2 Специфіка управління підприємством у сфері охорони здоров'я. Моделі управління медичними закладами

Усі організації, незалежно від того, в якій сфері вони діють, стикаються із загальними проблемами в галузі управління. За підсумками загальних закономірностей вибудовуються конкретні методи управління залежно від умов, у яких вони застосовуються.

Не є винятком і охорона здоров'я. Специфіка управління підприємством у сфері охорони здоров'я обумовлена насамперед тим, що охорона здоров'я – особлива сфера діяльності, яка відрізняється від інших видів діяльності. Управління підприємством у сфері охорони здоров'я мають особливі характеристики, які потребують модифікації загальних принципів управління чи зміни акцентів.

По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, що визначає специфічний характер взаємодії підприємства у сфері охорони здоров'я із споживачами послуг. Це передусім прямий контакт із споживачем і залучення їх у процес надання послуги. У цьому пацієнти – основні елементи зовнішнього середовища підприємства у сфері охорони здоров'я, і кожна взаємодію медичного закладу з клієнтом можна розцінювати як прямий контакт із зовнішнім середовищем. Але що найважливіше, людина перестає бути пасивним об'єктом, вона реагує на вплив, що на неї здійснюється (часто не цілком передбачувано) і тим самим безпосередньо впливає на весь процес роботи з нею, стає співучасником цього процесу.

Це, своєю чергою, знаходить вираження у багатоваріантності технологій, що задіяні у роботі з клієнтом, особливої значущості етичних

цінностей і принципів, що склалися у суспільстві, важливої ролі медичних працівників у процесі надання послуг.

Звідси впливає складність оцінки якості та необхідності надання медичних послуг і, відповідно, результатів діяльності медичних організацій загалом та праці їх співробітників. Це переважно визначає організацію управління у сфері охорони здоров'я.

По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг. Це означає, що, з одного боку, вони, крім безпосереднього ефекту для споживача, мають і суспільний, соціальний ефект, а з іншого – суспільство визнає важливість отримання громадянами медичних послуг та свою роль у їх забезпеченні медичним обслуговуванням.

Таким чином, серед найбільш суттєвих ознак медичних установ, пов'язаних з характером їх діяльності та таких, що впливають на процес управління ними, фахівці зазначають:

- складність визначення якості та вимірювання результатів роботи;
- високу спеціалізацію основної діяльності, яка часто має терміновий та невідкладний характер;
- відсутність права на невизначеність та помилку;
- потреба у тісній координації роботи різних підрозділів;
- високу кваліфікацію співробітників, більша частина яких виступає насамперед як представники своїх професій (маючи спеціальні знання та досвід, керуючись у своїй роботі системою моральних норм та приймаючи рішення про лікування пацієнтів, вони прагнуть до самостійності та виявляють лояльність насамперед щодо пацієнтів та колег по професії);
- необхідність контролю з боку адміністрації медичних установ за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу роботи та, відповідно, витрат підприємства у сфері охорони здоров'я;
- складність координації роботи та розподілу повноважень та відповідальності, пов'язану з подвійним підпорядкуванням, що існує у багатьох медичних закладах, особливо лікарнях.

При цьому слід зазначити, що подібні характеристики притаманні організаціям, які існують і в інших галузях. У цьому сенсі підприємства у сфері охорони здоров'я, можливо, і не є абсолютно унікальними структурами. Однак особливість медичних закладів полягає в тому, що для них характерні всі перелічені вище ознаки разом узяті, що, у свою чергу, призводить до більш інтенсивного їх прояву.

Моделі керування медичними установами також мають певні особливості.

Розмаїття суб'єктів, об'єктів і, форм діяльності – характерна особливість охорони здоров'я. Можна виділити три типи медичних установ, що відповідають трьом секторам сучасного суспільства (державні, приватні та некомерційні), кожен з яких має свою специфіку в галузі управління.

Державний сектор охорони здоров'я репрезентує колективні соціальні цінності, які не можуть бути адекватно реалізовані за його межами. Ці цінності визначаються не через ринок, а в ході суспільного розвитку та політичного процесу на основі врахування різноманітності соціальних та економічних інтересів, що існують у суспільстві.

Державні лікувально-профілактичні установи фінансуються за рахунок державних коштів, надаючи послуги населенню або безкоштовно, або за плату, яка зазвичай не перевищує собівартості послуг. Останні можуть продаватися і за ринковими цінами, але у разі прийняття відповідного рішення.

Для подібних завдань необхідна особлива модель управління. Її характерними рисами є те, що державні установи:

- підзвітні у своїх діях як законодавчим та виконавчим органам влади, так і суспільству в цілому, вони перебувають під постійною пильною увагою громадськості та засобів масової інформації;
- здійснюють однаковий підхід до клієнтів, необхідність якого визначається концепцією рівних прав громадян на охорону здоров'я;

- дотримуються на регулярній основі певних процедур, закріплених відповідними законами та іншими нормативними актами;
- керуються у кадровій політиці принципами державної служби (порядок просування службовими сходами, встановлення заробітної плати, визначення рівнів відповідальності та повноважень).

Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні охороною здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Такі організації фінансуються не державою, а засновниками (фізичними та/або юридичними особами).

Крім відмінності у фінансуванні, приватні організації відрізняються від державних також тим, що:

- управління ними має більшу гнучкість, зокрема, управлінці або менеджери мають більшу свободу у прийнятті рішень і процес управління, відповідно, має більш персоніфікований характер;
- ухвалення управлінських рішень диктується передусім економічними параметрами, проявляється особлива чутливість до витрат, тобто, у приватних організаціях суворо дотримується принцип прямого взаємозв'язку між доходами та витратами.

Усе це дозволяє приватному сектору краще задовольняти індивідуальні запити населення більш високому технологічному рівні, забезпечуючи високу якість обслуговування. Саме щодо цього приватні медичні установи становлять реальну конкуренцію державному сектору.

У той самий час годі забувати, що як і здається парадоксальним для організацій, до завдання яких входить турбота про здоров'я людей, вони за своєю суттю є організаціями комерційними, тобто, створюються насамперед для отримання їх власниками матеріальної вигоди, тому, мабуть, потрібно шукати межу можливостей приватного сектора у сфері охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я існує і так званий «третій сектор», який утворюється некомерційними організаціями. Цей термін з'явився у 70-ті роки і мав відобразити те, що такі організації розглядалися як свого роду

альтернатива як приватним, так і державним організаціям з властивими їм недоліками.

У некомерційних організаціях прихильність до цінностей, що здійснюються через державний сектор, поєднується з гнучкістю та ефективністю, які вважаються атрибутами ринку. Серед важливих особливостей некомерційних організацій слід зазначити такі, як:

- функціонування на основі принципу добровільності, який виявляється у тому, що некомерційні організації виникають як результат наміру їхніх засновників зайнятися на некомерційній основі певною діяльністю для вирішення тієї чи іншої соціальної проблеми;

- утворення некомерційної організації здійснюється за рішенням засновників, які діють виходячи з певної мотивації з власної ініціативи без будь-якого втручання з боку державних чи інших структур. Крім того, багато некомерційних організацій часто залучають до виконання своїх завдань працю добровольців;

- некомерційні організації не мають на меті отримання прибутку та його розподіл між учасниками. При веденні комерційної діяльності, що в принципі їм не забороняється, отримані доходи можуть бути використані виключно на користь розвитку організації та досягнення поставлених нею цілей.

Особливості некомерційних організацій відображаються і у формах управління ними, зокрема, у методах їх взаємодії з державою та приватним сектором, у взаєминах між засновниками та управлінським персоналом, в організації праці добровольців тощо.

Слід зазначити, що некомерційні організації відрізняються великою різноманітністю як і в організаційних формах, так і у масштабах своєї діяльності в різних країнах.

Проблема впровадження ефективної системи управління амбулаторно-поліклінічною ланкою охорони здоров'я є однією з найактуальніших у загальній системі управління охороною здоров'я. В умовах державної

системи управління в галузі охорони здоров'я, що склалася в Україні з початку 90-х років, виникла проблема дисонансу між широко поширеною ідеологією ведення здорового способу життя з метою підвищення показників здоров'я населення та дійсною можливістю її здійснення на практиці.

Протягом кількох років централізована система охорони здоров'я зазнала значних змін, перейшовши від єдності управлінських дій до автономного управління в регіонах та муніципальних утвореннях. Як головний вектор змін було обрано стратегію корінної децентралізації, засновану на перерозподілі відповідальності за управлінські та фінансові функції та делегуванні повноважень на регіональний та місцевий рівні влади. Цей процес призвів до необхідності перегляду всієї системи управління охорони здоров'я та її підрозділами під кутом зору стандартів та якості управління.

Поява комерційної діяльності в цій сфері вплинула на зміну обсягу медичних послуг, що надаються на платній основі, зміну форм власності та видів господарської діяльності, трансформацію соціального статусу медичних установ та працівників.

Ринкові відносини призвели до зниження якості управління медичними установами та якості послуг. Відсутність важелів прямого адміністративного контролю над амбулаторно-поліклінічними установами зараз не зовсім коректно замінюється використанням інструментів економічного управління. Необхідно посилити зацікавленість муніципальних органів у вирішенні проблем охорони здоров'я організаційного рівня таких як: охоплення всього населення медичною допомогою, забезпечення справедливості та рівного доступу до медико-профілактичної допомоги. Іншими словами, необхідна деконструкція системи управління амбулаторно-поліклінічними установами, що склалася. Разом з тим, щоб визначити вектори та шляхи деконструкції, необхідно здійснити емпіричні виміри та визначити основні контури цілеспрямованих змін. І тому важливо мати певні зразки управлінської діяльності, відповідно до якими можна конструювати систему ефективного

управління досить великий галузі з надання медичних послуг населенню. Через комерціалізацію медичних послуг виникає явище конкуренції між установами. Отже, зокрема актуалізується й проблема конкурентоспроможності амбулаторно-поліклінічних установ.

Стратегічне управління організаціями охорони здоров'я передбачає наявність високої управлінської кваліфікації, вміння орієнтуватися та застосовувати управлінські методики з урахуванням галузевої специфіки системи вітчизняної охорони здоров'я. Існує різноманіття загальних підходів до стратегічного управління організацією, проте медичний стратегічний менеджмент передбачає вироблення окремих управлінських підходів, заснованих на галузевих особливостях системи охорони здоров'я, що історично склалися. Головним завданням стратегічного медичного менеджменту є формування логіко-інформаційної системи взаємодії різних рівнів управління клінікою з метою забезпечення ефективності функціонування всіх елементів організаційної структури. Під інструментарієм стратегічного медичного менеджменту розуміється набір управлінських технологій, які застосовуються в організаційних формах охорони здоров'я та спрямованих на підвищення ефективності організацій охорони здоров'я як соціально-економічного суб'єкта. Ступінь ефективності стратегічного менеджменту організацій охорони здоров'я визначається правильністю розподілу функцій робочих місць, скоординованості їх між собою і досягненням безперебійної реалізації бізнес-процесів на всіх рівнях господарювання.

1.3 Фінансування підприємств системи охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я, будучи активним учасником ринкових відносин, як і інші галузі економіки, потребує розвиненої та кваліфікованої системи управління.

Фінансові відносини, що безпосередньо впливають на розвиток усіх ланок економічної системи, активно сприяють удосконаленню діяльності окремих підприємств та організацій. У зв'язку з цим особливу роль відіграє фінансовий менеджмент як система управління фінансовими відносинами між суб'єктами господарювання. Успішні результати діяльності будь-якого суб'єкта господарювання, у тому числі і лікувально-профілактичної установи, залежать від рівня розвитку фінансового менеджменту тієї установи, а також ступеня кваліфікації фінансових менеджерів та їх здатності виконувати свої функції в ринковому середовищі [9].

Установи охорони здоров'я – це складні соціально-економічні підприємства, які широко використовують фінансові, матеріальні, трудові та інші ресурси з метою задоволення потреб суспільства у медичних послугах. В умовах ринкової економіки формування та розвиток системи управління діяльністю лікувально-профілактичних установ впливають не тільки на медичну та соціальну ефективність їх діяльності, а й дозволяють визначити та підвищити економічну ефективність їх діяльності за допомогою аналізу доходів та витрат цих організацій.

Складовою системи управління діяльністю лікувально-профілактичних установ є управління фінансовими ресурсами. Управління фінансами лікувальних установ – це комплекс взаємопов'язаних дій, спрямованих на формування та раціональне використання ресурсів лікувально-профілактичних установ з метою досягнення поставленої мети.

Фінансовий менеджмент у охороні здоров'я є складною, повністю не використаною у лікувальних закладах системою управління фінансами. Однак, повне впровадження цієї системи управління у сферу охорони здоров'я, безсумнівно, підвищить життєздатність медичних організацій в умовах ринку.

Пріоритетність управління фінансовими ресурсами підтверджується у процесі управління діяльністю лікувальних організацій загалом. У зв'язку з

цим можна виділити 3 основні рівні системи управління фінансовими ресурсами, такі як:

- стратегічний;
- тактичний;
- оперативний.

Стратегічний рівень орієнтується терміном понад рік і визначає перспективні мети управління фінансовими ресурсами медичного закладу та можливі результати його діяльності.

Тактичний рівень ґрунтується на визначенні, організації, виконанні конкретних завдань, пов'язаних з управлінням фінансовою діяльністю лікувальної організації протягом поточного року та контролі результатів здійснення цих завдань.

Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання медичних процесів шляхом оптимального використання ресурсів лікувальних закладів. Цей рівень включає проведення розрахунків, аналіз та контроль за діяльністю організацій охорони здоров'я.

Як і будь-яка інша система управління, фінансовий менеджмент у сфері охорони здоров'я має свої керуючу (суб'єкти фінансового менеджменту) та керовану (об'єкти управління фінансами) підсистеми.

До керованої підсистеми фінансового менеджменту у охороні здоров'я, тобто – об'єктів управління – належать фінансові ресурси лікувально-профілактичних установ, що надходять з різних джерел, фінансові відносини лікувальних установ з різними суб'єктами ринку, а також фінансові показники, що виникають у результаті фінансово-господарської діяльності медичних організацій.

До керуючої підсистеми фінансового управління у сфері охорони здоров'я, тобто - суб'єктів управління – належать фінансові менеджери (фінансові працівники) лікувальних установ.

Фінансові менеджери закладів охорони здоров'я, будучи суб'єктами економічної системи управління, виконують такі функції:

1. Фінансове планування. При здійсненні цієї функції фінансові менеджери всебічно оцінюють фінансовий стан лікувально-профілактичних установ, виявляють можливість збільшення фінансових ресурсів та їх раціонального використання. У процесі фінансового планування складається фінансовий план лікувального закладу. Фінансові плани організацій охорони здоров'я зазвичай складаються на 1 рік як кошторису витрат. Медичні установи, які мають інші джерела доходів, крім державного бюджету, складають бізнес-плани. У процесі складання фінансового плану медичні установи можуть використовувати різні методи планування, зокрема метод коефіцієнтів, нормативний метод, балансовий метод і т.д.

2. Оперативне управління фінансовими ресурсами. Воно пов'язане з детальною оцінкою фінансового стану лікувального закладу та раціональним розподілом та перерозподілом фінансових ресурсів, що знаходяться у розпорядженні медичного закладу. У цьому має особливу важливість вибір методу використання фінансових ресурсів установ охорони здоров'я.

3. Фінансовий контроль дозволяє здійснити перевірку стану фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Фінансовий контроль у медичних установах можна поділити на внутрішній та зовнішній фінансовий контроль. Зовнішній фінансовий контроль переважно проводиться державними контролюючими органами, основна контрольна функція яких пов'язані з наглядом правильним використанням коштів державного бюджету лікувальними організаціями. Тобто, державні контролюючі органи (місцеві органи управління охорони здоров'я, органи фінансового контролю, органи фінансової поліції та ін.) здійснюють фінансовий контроль з метою перевірки правильного використання медичними організаціями коштів, виділених з державного бюджету на надання населенню безкоштовного обсягу медичної допомоги. Внутрішній фінансовий контроль здійснюється фінансовими працівниками (бухгалтери, фінансові менеджери) та керівництвом (головний лікар та інші керівні особи) лікувального закладу. Їхня контрольна функція

пов'язана з постійним спостереженням за всіма фінансовими операціями, проведеними лікувально-профілактичною установою.

На думку дослідниці медичного менеджменту Доскеевої Г.Ж., якщо лікувально-профілактичний заклад розглянути як підприємство, що вільно діє в умовах ринку, то фінансові менеджери розглядаються як суб'єкти органів управління, які здійснюють фінансову діяльність цього підприємства. У зв'язку з цим до основних функціональних обов'язків фінансових менеджерів лікувальних закладів можна віднести такі:

- організація фінансової діяльності лікувального закладу;
- складання короткострокових та довгострокових фінансових планів лікувальних організацій;
- управління основним та оборотним капіталом медичних установ, організація його формування та раціонального використання;
- аналіз фінансового стану та фінансових показників закладів охорони здоров'я;
- організація фінансових розрахунків лікувальних закладів із споживачами медичних послуг та іншими суб'єктами ринку медичних послуг;
- здійснення фінансових розрахунків закладів охорони здоров'я з фінансово-кредитною системою (державний бюджет, страхові компанії, комерційні банки, податкові органи, пенсійні фонди, лізингові компанії тощо);
- проведення кредитної політики лікувального закладу;
- проведення інвестиційної політики, спрямованої на залучення додаткового капіталу (в т.ч. іноземного) у розвиток діяльності лікувальної організації;
- ведення бухгалтерського обліку лікувального закладу та організація роботи з фінансовою документацією;
- здійснення постійного фінансового контролю за фінансовою діяльністю закладу охорони здоров'я [9].

Здійснення вищезгаданих функціональних обов'язків потребує високого професіоналізму та кваліфікації з боку фінансового менеджера медичної організації.

Для цього фінансовий менеджер повинен знати основи фінансового менеджменту, особливості бухгалтерського обліку в лікувальних організаціях, питання оподаткування у сфері охорони здоров'я, економіку охорони здоров'я, особливості медичного страхування та банківської справи, законодавства в галузі інвестиційної діяльності, бюджетного фінансування, державного замовлення та державної закупівлі, митної справи і т.д.

Суб'єкти фінансового управління, тобто фінансові менеджери використовують фінансовий механізм, що діє за допомогою певних елементів. Основу фінансового механізму утворюють фінансові важелі. Фінансові важелі, що використовуються в закладах охорони здоров'я, можна підрозділити на 2 групи:

1) фінансові важелі, що виникають при первинному розподілі. До них відносяться амортизаційні відрахування, що утворюють зношену частину вартості основних засобів лікувально-профілактичних установ, доходи від надання медичних послуг різним категоріям споживачів тощо.

2) фінансові важелі, що виникають під час перерозподілу фінансових ресурсів. До них відносяться податки, процентні платежі, лізингові платежі тощо [9].

З метою на об'єкти фінансового менеджменту через фінансовий механізм фінансові менеджери використовують різні фінансові методи. До основних з них належать фінансове планування, фінансування (бюджетне фінансування, фінансування за допомогою добровільного медичного страхування та надання платних медичних послуг), кредитування, інвестування, оподаткування тощо [9].

Для здійснення будь-якого виду фінансової діяльності управлінські функції фінансових менеджерів мають бути забезпечені нормативно-правовими та інформаційними базами. Нормативно-правову базу фінансової

складової діяльності організацій охорони здоров'я становлять закони та укази Президента України, регулюючі діяльність сфери охорони здоров'я, накази, постанови, норми і нормативи Міністерства охорони здоров'я України. Інформаційну базу складають дані фінансово-економічного, правового та іншого напрямів.

В умовах ринку професійне управління фінансовими установами охорони здоров'я може забезпечити:

- залучення додаткових джерел фінансування лікувальних закладів;
- ефективне використання фінансових ресурсів лікувально-профілактичних установ;
- розвиток інших видів (інвестиційний, фінансовий) діяльності закладів охорони здоров'я;
- розвиток у сфері охорони здоров'я різних видів фінансових операцій;
- становлення лікувально-профілактичних установ як вільного учасника ринку цінних паперів тощо [9].

Фінансування підприємств системи охорони здоров'я залежить від суспільно-економічної форми організації: державна, страхова, приватна, змішана. При державній системі основним джерелом фінансування є бюджет, сформований з різних доходних статей, та з прибуткового податку. При страховій – страховий внесок державних підприємств, організацій та громадян. За приватної – всі медичні послуги платні. При змішаній – можуть бути всі форми фінансування різною мірою. Фінансування лікувально-профілактичних установ здійснюється на підставі кошторису.

Кошторис – це фінансовий план майбутніх витрат на утримання установи, який має бути обґрунтований необхідними розрахунками за кожною статтею. Кошторис має максимально точно відобразити дійсну потребу медичної установи у фінансуванні.

Вихідними матеріалами для складання кошторису є показники плану установи та встановлені відповідним відомством норми видатків. Розрізняються норми залежно від їхньої обов'язковості (обов'язкові та

необов'язкові), виду (фінансові та матеріальні), рівня використання (загальнодержавні та місцеві). Затвердження кошторису відбувається у порядку, після чого він є основним плановим документом, визначальним обсяг, цільовий напрям і поквартальний розподіл коштів, що відпускаються з бюджету утримання медичного учредження.

Головний лікар або топ-менеджер є розпорядником кредитів та несе відповідальність за правильне використання коштів, причому він не має права приймати рішення про переведення грошей з однієї статті до іншої, якщо це державна установа. Насправді іноді зустрічається використання не за призначенням статей витрат, що рано чи пізно веде до кримінальної відповідальності.

При приватній формі охорони здоров'я одним із основних джерел функціонування установ є гонорар за надану медичну допомогу. На стадії становлення не останню роль відіграють власні кошти, кредит у банку. Не виключена можливість одержання коштів від благодійних фондів, пожертв приватних осіб.

Одним із найважливіших питань економіки охорони здоров'я є питання ціноутворення на медичні послуги.

Ціна – грошовий вираз вартості медичної послуги. Вона виконує ряд функцій: облікову, стимулюючу, розподільчу, регулюючу та акумулюючу.

Облікова функція – вимірювання витрат та результатів. Ціна має дати відповідь на питання, скільки витрачено праці, матеріалів, яка продуктивність та ефективність праці.

Стимулююча функція полягає у привабливості для виробника послуг та товарів високих цін, прагнення зробити більше, щоб отримати максимальний дохід.

Розподільна функція у тому, що з цін можна досягти ефективного використання ресурсів, направити дефіцитні ресурси туди, де у них є найбільша потреба.

Регулююча функція полягає у встановленні рівноважної ціни, яка балансує попит та пропозицію.

Вибір методу ціноутворення залежить від того, чи новий це товар, послуга чи вже існуючий на ринку. Одним із основних методів ціноутворення на нові товари є метод «витрати +», за якого ціна розраховується за формулою:

$$P = \frac{C+Y}{Q} \quad (1.1),$$

де P – ціна;

C – витрати;

Y – дохід;

Q – кількість виробленого товару (послуг);

де витрати – це витрати, включені в собівартість послуги (виробництво та обіг), виражені у грошовій формі (грн.) Основними витратами при виробництві медичних послуг є:

- заробітна плата (основна, додаткова, премія) медичного персоналу;
- відрахування на соціальне страхування;
- харчування хворих (у стаціонарі);
- медикаменти та перев'язувальні матеріали;
- м'який інвентар;
- накладні витрати (адміністративно-господарські витрати);
- обладнання (відсоток амортизації);
- комунальні витрати, ремонт та ін.

Нормативними документами регламентуються витрати, які можна вносити у собівартість, вони мають відшкодовуватися із прибутку.

Прибуток – це мінімальна плата (дохід), якою мають винагороджуватися підприємницькі здібності, різниця між доходом та витратами.

Дохід – це добуток ціни на кількість реалізованих послуг. З прибутку покривається частина витрат, які не увійшли у собівартість, і створюється резерв стимулювання розвитку, (зокрема й особистого стимулювання).

При державній формі охорони здоров'я прибуток у ціну не закладається, за приватної системи вибір методу ціноутворення та ціна залежатимуть від попиту та пропозиції на ринку медичних послуг: ціна може значно перевищувати витрати або наближатися до них.

У разі, якщо витрати перевищують доходи, порушується питання про прийняття рішення щодо модифікації або відмови від виробництва послуги. Однак у охороні здоров'я є зони, в яких ринкові закони не діють, і лікувальним установам законом ставиться в обов'язок виконання неприбуткових послуг.

За страхової медицини ціни на послуги узгоджуються між страховими організаціями, лікувально-профілактичними установами, підприємствами при законодавчому регулюванні державою. Ціни повинні враховувати рівень соціально-економічного розвитку суспільства, витрати повинні підраховуватися та має бути закладений певний відсоток прибутку.

За допомогою методу «витрати + відсоток прибутку» можна розрахувати собівартість утримання ліжка в стаціонарі або вартість одного ліжка-дня в різних відділеннях, а також витрати на лікування різних клініко-статистичних груп.

Метод «витрати + відсоток прибутку» має низку недоліків, серед яких можна назвати незацікавленість виробників знижувати витрати, оскільки прибуток обчислюється у відсотках собівартості. Практично всі керівники повинні мати дані, скільки коштує установі, фірмі виробництво будь-якої послуги і як домогтися зниження витрат.

Розрахунок вартості медичних послуг у амбулаторно-поліклінічних установах здійснюється на підставі іншого підходу. Все населення, яке обслуговує поліклініка, ділиться за групами здоров'я.

Передбачається виділення наступних груп:

Група Д1 і Д2 – особи здорові та практично здорові, звертаються з профілактичною метою (профогляди, щеплення) та для отримання різноманітних довідок.

Група Дз-1 – особи, які страждають на хронічні захворювання в стадії тривалої ремісії (компенсований перебіг). Звертаються переважно щодо диспансерного спостереження.

Група Дз-2 – особи, які страждають на гострі захворювання. Звертаються переважно з лікувально-профілактичною та рідше з консультативною метою.

Група Дз-3 – особи, які страждають на гострі та часті загострення хронічних захворювань (субкомпенсований перебіг). Звертаються з лікувально-діагностичною та консультативною метою, рідше з приводу диспансеризації, лікуються в поліклініці та вдома. Складають групу довго і часто хворіють.

Група Дз-4 – особи, які страждають на хронічні, тривало протікають захворювання, що ведуть до стійкої втрати працездатності (стадія декомпенсації). Звертаються тільки з лікувально-діагностичною, рідше з консультативною метою, лікуються переважно вдома.

Виходячи із груп здоров'я, провідними спеціалістами регіону встановлюються коефіцієнти складності надання амбулаторно-поліклінічної допомоги (Кс). Далі визначається кількість осіб, які не користувалися амбулаторно-поліклінічною допомогою протягом року. Для цього із загальної сукупності прикріплених до цієї установи мешканців віднімається та кількість, яка зверталася у минулому році. Усіх осіб, що не звернулися, спочатку відносять до груп здоров'я Д1 і Д2 з подальшою корекцією в міру вдосконалення роботи лікарів з населенням. З чисельності населення кожної групи і відповідно величини коефіцієнтів складності надання амбулаторно-поликлинической допомоги розраховують суми коефіцієнтів з кожної групи.

Отримані дані використовують із розрахунку вартості надання амбулаторно-поліклінічної допомоги особам будь-якої групи здоров'я

протягом року. Така методика придатна за певної величини фінансування лікувальних закладів.

Не менш важливим питанням економіки охорони здоров'я є проблема раціонального та елективного використання матеріальних, фінансових та кадрових ресурсів без втрати якості медичної допомоги. Наразі резервами зниження витрат у лікувально-профілактичних закладах є:

- підвищення професіоналізму лікарів та медичних сестер;
- зменшення числа дубльованих обстежень;
- розширення обсягу послуг, виконуваних лише на рівні амбулаторно-поліклінічного ланки, зокрема і хірургічних втручань;
- розширення мережі соціальних стаціонарів (хоспіси, будинки сестринського догляду);
- збільшення числа домашніх стаціонарів, стаціонарів вдома;
- Використання нових досягнень медичної науки у практику;
- скорочення термінів госпіталізації з допомогою кращої наступності у роботі поліклінік і стаціонарів;
- раціональна організація прийому та виписки хворих та багато іншого.

Дослідження ролі охорони здоров'я в економіці полягає в обґрунтуванні соціальної, медичної та економічної ефективності охорони здоров'я. Ці поняття тісно пов'язані один з одним, а їх розподіл має на меті ретельніший розгляд.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВА
«ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1 Загальна характеристика підприємства

Підприємство створене відповідно до рішення Запорізької обласної ради від 27.02.2021 № 1 в результаті перетворення комунальної установи «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради (код ЄДРПОУ 02006716). КНП «ЗОКЛ» ЗОР має статус неприбуткового підприємства та внесено контролюючим органом до Реєстру неприбуткових установ та організацій [16].

На сьогодні обласна лікарня – це потужний спеціалізований лікувально-діагностичний заклад на 776 ліжок, з понад 30 структурними підрозділами, в яких працюють 1559 співробітників. Обласна лікарня має вищу акредитаційну категорію і є науково-практичною базою для 6 кафедр Запорізького державного медичного університету, 7 кафедр Запорізької медичної академії післядипломної освіти, Запорізького медичного училища. У спеціалізованих відділеннях лікарні щорічно отримують лікування понад 20 тисяч пацієнтів, виконують близько 8 тисяч оперативних втручань. Консультативна допомога надається 140 тис. пацієнтів щороку по 40 лікарськими напрямом.

На сучасному технологічному та професійному рівні працюють діагностичні підрозділи лікарні (спеціалізовані лабораторії): клініко-діагностична, імунологічна, бактеріологічна, експрес-біохімічна. Також активно використовуються прогресивні методики: магнітно-резонансна томографія, ендоскопія, рентгенологічна й ультразвукова діагностика. Лікарня має потужний реабілітаційно-фізіотерапевтичний комплекс.

Запорізька обласна клінічна лікарня надає висококваліфіковану стаціонарну і консультативну допомогу жителям не тільки Запорізької області, а й інших регіонів України. Також обласна лікарня здійснює організаційно-методичне керівництво діяльністю лікувальних закладів області, забезпечує проведення інформаційних курсів і стажування на робочих місцях лікарів і середнього медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів області.

Науково-практичні центри стали школою передового досвіду для всієї країни. Добре відомі в регіоні, Україні та за її межами успіхи серцево-судинної хірургії й трансплантології, успіхи в розробці та впровадженні слухополіпшуючих операцій, досягнення в ортопедії, ендопротезуванні та спортивної травми, мікрохірургії ока та ін.

Обласна клінічна лікарня стала флагманом запорізької охорони здоров'я за своїми масштабами, обсягом і рівнем виконуваної роботи. Завдяки своєму професіоналізму і багаторічному досвіду більшість завідувачів відділення є головними позаштатними спеціалістами управління охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації [16].

Комунальне некомерційне підприємство «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради (далі – КНП «ЗОКЛ» ЗОР, Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинного, вторинного (спеціалізованої) та третинного рівня (високоспеціалізованої) медичної допомоги, неприбутковим підприємством.

Засновником, власником та органом управління майном Підприємства є Запорізька обласна рада (надалі – Засновник). Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику та за галузевою спрямованістю підвідомчим Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації.

Місцезнаходження Підприємства: 69600, м. Запоріжжя, Оріхівське шосе, 10.

Дата державної реєстрації. 01.06.2004 р., перетворення.

Середньооблікова кількість штатних працівників – 1 452 чоловік. Фонд оплати праці штатних працівників КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР за 2021 року склав 162 070,3 тис. грн.

Середньомісячний дохід штатних працівників склав 8 758,7 грн.

Інформація про господарську діяльність

Основні види діяльності: Діяльність лікарняних закладів КОД КВЕД 86.10

Мета діяльності КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР: Основною метою діяльності Підприємства є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому послуг первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, в порядку та обсязі, встановлених законодавством України, в тому числі:

- здійснення медичної практики;
- забезпечення населення області третинною (високоспеціалізованою) медичною допомогою в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і надання консультації, проведення діагностики із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності;
- своєчасне освоєння і широке втілення в практику роботи стаціонару і консультативної поліклініки сучасних методів та видів діагностики і лікування;
- надання висококваліфікованої лікувально-діагностичної, консультативної допомоги населенню, медичним установам Запорізької області з питань лікування і профілактики ендокринних захворювань та їх ускладнень.

Напрямки діяльності:

- створення умов, необхідних для забезпечення доступної, якісної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої)

медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів Підприємства.

- надання пацієнтам відповідно до законодавства України на безвідплатній та відплатній основі послуг з первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) амбулаторної (в тому числі послуг з екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах), стаціонарної, реабілітаційної (у тому числі мобільної медичної реабілітації), профілактичної, паліативної медичної допомоги, невідкладної (екстреної) медичної допомоги, проведення діагностики із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або спеціалізованих, високоспеціалізованих медичних процедур високої складності, кваліфікованими лікарями-спеціалістами Підприємства (у тому числі діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань), із залученням у разі необхідності професорсько-викладацького складу вищих навчальних закладів, науково-дослідних інститутів та клінік, організація проведення відновлювального лікування (реабілітації) спортсменів, осіб, які займаються фізичною культурою після травм, захворювань, операцій тощо, за затвердженими у встановленому чинним законодавством України порядку тарифами.

- організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством України.

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

- проведення профілактичних оглядів.

- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо.

- провадження та застосування нових сучасних методик діагностики та лікування, створення можливості використання медичної апаратури, устаткування та обладнання згідно з чинним законодавством.

- навчально-методична, науково-дослідницька робота, вт. ч. проведення клінічних досліджень.

- участь у виконанні державних та регіональних програм, які стосуються здоров'я населення.

Підприємство є неприбутковим та не має на меті отримання доходів (прибутків) або їх частини для розподілу серед засновників (учасників), працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

Не вважається розподілом доходів Підприємства, в розумінні п. 1.6 Статуту, використання Підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених Статутом.

Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Підприємства або їх частини серед засновників (учасників), працівників комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

Підприємство користується закріпленим за ним комунальним майном, що є спільною власністю сіл, селищ, міст Запорізької області на праві оперативного управління.

Підприємство має самостійний баланс, рахунки в установах банків в національній та іноземних валютах, Державному казначействі України, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, бланки з власними реквізитами, а також може мати товарний знак, який реєструється згідно чинного законодавства.

Основними споживачами послуг Підприємства є мешканці Запорізької області.

Поточне керівництво (оперативне управління). Підприємством здійснює керівник Підприємства – Директор, який призначається на посаду і звільняється з неї відповідно до порядку, визначеного чинним законодавством, та який відповідає чинним кваліфікаційним вимогам.

Ключовий управлінський персонал підприємства включає: директора; заступника директора з медичної частини; заступника директора з економічних питань; заступника директора з технічних питань; заступника директора з кадрів; заступника директора з медсестринства; заступника директора з поліклінічної роботи; заступника директора з фармацевтичного та технічного забезпечення; заступника директора з маркетингу; головного бухгалтера.

Структура управління Підприємством відображена на рисунку 2.1:

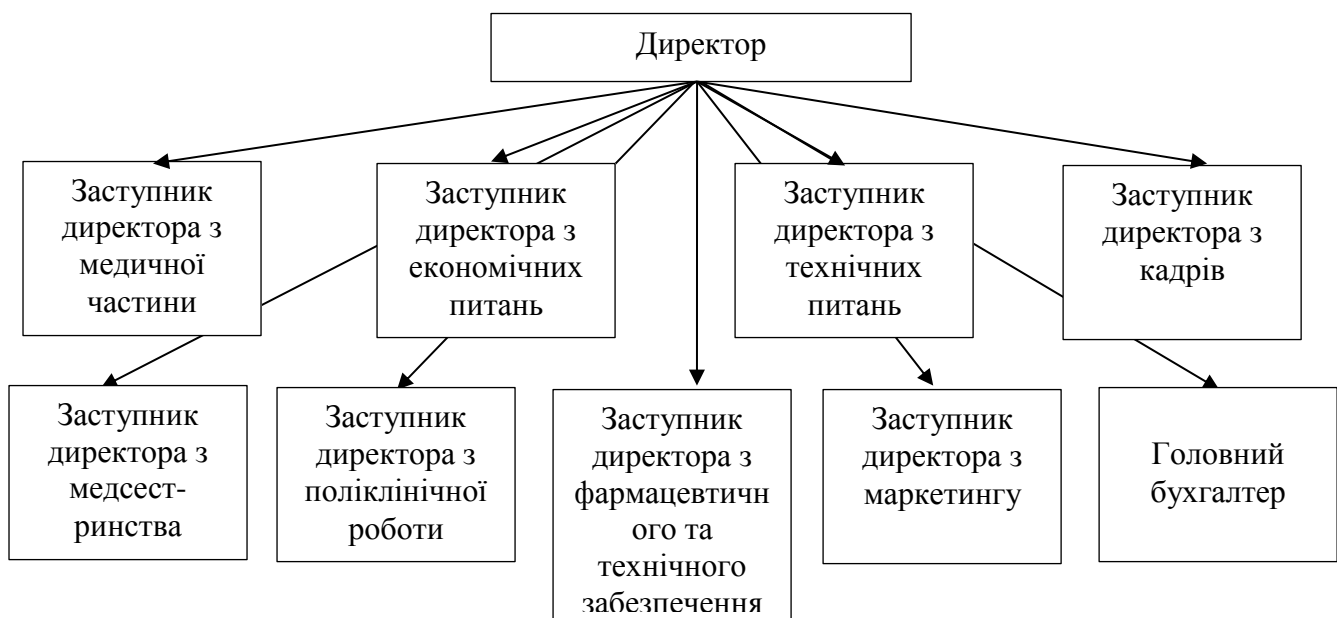


Рис. 2.1 Структура управління комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради

Чисельність штатних працівників на 31.12.2021 р. – 1 521 чол., із них жінок – 1255 особи (або 82%). Лікарів працює 339 осіб (з них 54 інтерна)

(22%), молодших медичних спеціалістів 525 особа (34%), молодшого персоналу 389 осіб (24%), інших 250 осіб (20%) . Пенсіонерів 185 чоловік (12%) та інвалідів 72 чоловіка (5%). Зменшення чисельності штатних працівників у порівнянні з 2020 роком майже не відбулося. Чисельність лікарів-інтернів на кінець 2020 року – 38, на кінець 2021 року – 54 фізичних осіб.

Для підвищення результативності в різних сферах діяльності та спонукання до ефективної роботи в підприємстві діє система матеріальної та нематеріальної мотивації персоналу .

З метою сприяння здоровому клімату в робочому колективі та укріпленню корпоративної соціальної відповідальності, КНП «ЗОКЛ» ЗОР реалізує ряд соціальних проектів, які закріплені у Колективному договорі.

Матеріальна мотивація:

1. Премія нараховується кожному працівнику в залежності від показників діяльності Підприємства (структурного підрозділу), особистого внеску в загальні результати роботи підрозділу, Підприємства і граничними розмірами в межах фонду оплати праці не обмежується.

2. Премія може виплачуватися:

- за підсумками роботи за місяць, квартал, півріччя, за рік або інший період;

- до Дня медичного працівника, за умови виконання основних показників діяльності Підприємства і залежно від особистого внеску конкретного працівника в результати діяльності.

3. Преміювання може здійснюватися за наявності коштів також до:

- державних, професійних свят;
- ювілейних дат працівників;
- при нагородженні медалями та орденами;
- ювілейних дат Підприємства та/або його структурних підрозділів.

4. В окремих випадках працівникам може виплачуватися одноразова премія за виконання особливо важливої роботи або з нагоди ювілейних дат та

на честь святкових дат, а також за високі досягнення в праці та визначні заслуги у громадському житті.

5. Премія може виплачуватися також з метою заохочення працівника до високопродуктивної та високоякісної роботи.

6. Розмір премії визначається у конкретному розмірі у вигляді фіксованої суми відповідно до їх особистого внеску в загальні результати роботи та виплачується за рахунок економії фонду оплати праці.

Нематеріальна мотивація: відзнака працівників за вагомий внесок в розвиток системи охорони здоров'я, значні успіхи у роботі, представляємо відзначення Державними нагородами, Почесними грамотами, Медаллю «За розвиток Запорізького краю», Орденом «За заслуги перед Запорізьким краєм».

Навчання персоналу.

Адміністрація КНП «ЗОКЛ» ЗОР:

- сприяє безперервному професійному розвитку лікарів (провізорів), зокрема, їх участі у заходах формальної, інформальної та неформальної освіти;

- щорічно, не пізніше 01 березня засвідчуємо облік балів безперервного професійного розвитку, який ведеться працівником з метою створення особистого освітнього портфолію;

- забезпечує своєчасне підвищення кваліфікації молодшими спеціалістами з медичною освітою, зокрема, шляхом складення Графіку проходження курсів підвищення кваліфікації, обліку строків чергової атестації, підготовки та направлення необхідних документів;

- забезпечує підвищення кваліфікації працівників немедичного профілю безпосередньо на Підприємстві або в навчальних закладах, як правило, не рідше ніж один раз на п'ять років.

Підвищення кваліфікації керівників, лікарів і фахівців, середнього медичного персоналу на Підприємстві спрямовано на вдосконалення їх

професійних знань, оволодіння новими науковими методами медичної допомоги, освоєння основ менеджменту, маркетингу, сервісу.

Навчання передбачає участь працівників в семінарах, тренінгах та виставках забезпечення їх інформаційно-методичними матеріалами, тестування по результатам підготовки та одержання відповідних сертифікатів.

Належна увага в системі розвитку персоналу приділяється підготовці кадрового резерву.

Також на підприємстві особлива увага приділяється навчанню персоналу з питань охорони праці (вимоги «Закону України про охорону праці», Типового положення «Про порядок навчання й перевірки знань з охорони праці»).

Інженер з охорони праці та керівники структурних підрозділів (перевірка знань з охорони праці, нормативно-правових актів), експерти технічні проходять обов'язкове навчання.

Щорічно більшість працівників підприємства проходять навчання (підготовка, перепідготовка й підвищення кваліфікації). Так в 2021 році навчено 100% лікарського персоналу.

Кваліфікаційну категорію мають: вищу – 153 особи, що складає 53,7%; першу – 18 осіб, що складає 6,3%; другу – 17 осіб, що складає 6,0 %; спеціаліст – 93 особи, що складає 32,6%; лікар-стажист – 4 осіб , 1,4%.

Наукову ступінь кандидата медичних наук мають 34 лікаря, з них 10 осіб, які є керівниками структурних підрозділів.

Наукову ступінь доктора медичних наук мають 5 осіб (Доценко С.Я., Губка В.О., Самура Б.Б., Никоненко А.О., Колеснік О.П.), з них 1 особа – керівник підрозділу.

В 2021 році пройшли навчання 70% молодших медичних спеціалістів. З них кваліфікаційну категорію мають:

Вищу – 276 що складає 52,6%;

першу – 31, що складає 5,9%,

другу – 25, що складає 4,8 %.

Крім того навчання персоналу відбувалося за напрямками: навчання з питань охорони праці, галузевим та міжгалузевим правилам; менеджерське навчання; перепідготовка; підвищення кваліфікації.

Пріоритетні напрямки з охорони праці і промислової безпеки:

- забезпечення співробітників підприємства спецодягом, спецвзуттям, засобами індивідуального та колективного захисту, засобами протипожежного захисту;
- виконання комплексних заходів щодо поліпшення умов праці;
- забезпечення медичних та фармацевтичних працівників в обсягах, необхідних для виконання посадових обов'язків комп'ютерами та програмним забезпеченням, доступом до мережі Інтернет, друкованої літератури, періодичних медичних видань професійного спрямування, зокрема, електронних;
- дотримання нормативних вимог до санітарно-побутових умов у структурних підрозділах підприємства;
- обладнання та забезпечення охорони праці на робочих місцях;
- проведення навчання персоналу Підприємства корпоративним стандартам в галузі охорони праці, промислової безпеки та охорони навколишнього середовища;

Розділ «Охорона праці» є обов'язковим пунктом Колективного договору для Підприємства. Даний пункт включає зобов'язання адміністрації і профспілкових організацій по виконанню у повному обсязі законодавства в цій галузі.

Повага прав людини, заходи по боротьбі з корупцією та хабарництвом.

На підприємстві розроблені і впроваджені нормативні документи, які спрямовані на протидію скоєння корупційних діянь, захисту конфіденційної інформації та комерційної таємниці.

Підвищення кваліфікації керівників, лікарів і фахівців на Підприємстві спрямовано на вдосконалення їх професійних знань, оволодіння новими

науковими методами медичної допомоги, освоєння основ менеджменту, маркетингу, сервісу. Навчання передбачає участь працівників в семінарах, тренінгах та виставках забезпечення їх інформаційно-методичними матеріалами, тестування по результатам підготовки та одержання відповідних сертифікатів.

2.2 Фінансовий аналіз діяльності КПП «ЗОКЛ» ЗОР

Згідно п. 5.1. Статуту КПП «ЗОКЛ» ЗОР, майно Підприємства є спільною власністю територіальних громад, сіл, селищ, міст Запорізької області і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

Відповідно до ч. 3 ст. 78 ГКУ майно комунального унітарного підприємства перебуває в комунальній власності й закріплюється за таким підприємством на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство). Тобто безпосереднім власником такого майна є відповідна територіальна громада.

Правом оперативного управління вважається речове право суб'єкта господарювання, який володіє, користується і розпоряджається майном, закріпленим за ним власником, для здійснення некомерційної господарської діяльності (ч. 1 ст. 137 ГКУ). Тобто право оперативного управління – це засноване на праві власності іншої особи і наданому нею повноваженні право володіння, а також обмежені права користування і розпорядження майном в цілях і межах, встановлених власником.

Фактично статутний капітал КПП «ЗОКЛ» ЗОР було утворено в розмірі справедливої вартості основних засобів загальною сумою 477 931 049,00 гривень (Чотириста сімдесят сім мільйонів дев'ятсот тридцять одна тисяча сорок дев'ять гривень 00 коп.). Статутний капітал відображено в обліку згідно з вимогами Інструкції про застосування Плану рахунків

бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій, затвердженій наказом Міністерства фінансів від 30.11.1999 №291.

За досліджуваній період (2020-2021 роки) Підприємство не мало фінансових операцій з Запорізькою обласною радою, натомість сума отриманого фінансування за 2021 рік від Департаменту охорони здоров'я становила 349 942,8 тис. грн. (за 10 місяців 2020 року склала 138 527,5 тис.грн.)

Внаслідок здійснення Російською Федерацією військової агресії на територію України 24 лютого 2022 року, підприємство розглянуло вплив перебігу війни на безперервність діяльності.

На думку підприємства, існуючі пом'якшувальні фактори, а саме територіальне розташування, відновлення роботи економіки в країні, стабільне фінансування за надані послуги з боку НСЗУ та державних органів вказують на те, що суттєва невизначеність щодо безперервності діяльності КНП «ЗОКЛ» ЗОР відсутня. Проте у зв'язку з продовженням бойових дій на території Запорізької області та неможливістю передбачити з достатньою вірогідністю остаточне врегулювання, підприємство ухвалило рішення надалі спостерігати за ситуацією та готове внести коригування до фінансової звітності, за необхідності, щойно зможе його оцінити.

У звітному періоді (за 2021 рік) Підприємство отримало збитки від здійснення статутної діяльності у розмірі 23 672 тис. грн.

Причиною виникнення збитків є недофінансування вартості послуг з медичного обслуговування внаслідок того, що тарифи програми медичних гарантій, яка базується на розрахункових коефіцієнтах, не повністю враховують фактичні витрати медичних закладів.

Таблиця 2.1

Фінансові результати діяльності Підприємства за 2021 рік (тис. грн.)

Стаття	За 2021 рік
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	288 817
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	380 032
Валовий прибуток	(91 215)
Інші операційні доходи	128 454
Адміністративні витрати	63 941
Витрати на збут	1 014
Інші операційні витрати	335
Прибуток/ (збиток) від операційної діяльності	(28 051)
Інші фінансові доходи	-
Інші доходи	8 157
Фінансові витрати	-
Інші витрати	3 778

За звітний період надано 78 781 консультацій вузьких спеціалістів (на 12,5% більше ніж в 2020), проліковано на 716 ліжках стаціонарних відділень 20 369 пацієнтів (на 14,2% більше ніж в 2020), виконано 9 788 операцій (на 18,5% більше ніж в 2020 році).

Провести порівняння фінансових результатів Підприємства з попереднім періодом неможливо в зв'язку з тим, що в 2020 році 3 місяці застосовувався бухгалтерський облік для бюджетних установ і лише 9 місяців бухгалтерський облік для господарських товариств.

Ліквідність та зобов'язання

Основними джерелами забезпечення ліквідності на Підприємстві є оборотні активи, які забезпечують своєчасне виконання зобов'язань.

Основні фінансові зобов'язання Підприємства включають кредиторську заборгованість та інші короткострокові зобов'язання. Основна мета цих фінансових інструментів – забезпечити фінансування діяльності Підприємства. Підприємство має різні фінансові активи, які включають

переважно запаси, дебіторську заборгованість, грошові кошти та їх еквіваленти, що виникають безпосередньо в ході господарської діяльності підприємства.

Таблиця 2.2

Інформація про види активів (тис. грн.)

Показник	31.12.2021
Запаси	94 384
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1 059
Дебіторська заборгованість за розрахунками:	51 976
- за виданими авансами	
- з бюджетом	0
Інша поточна дебіторська заборгованість	10 950
Гроші та їх еквіваленти	33 986
Витрати майбутніх періодів	4
Інші оборотні активи	17
Разом:	192 376

Зважене управління ліквідністю передбачає наявність достатніх грошових коштів та достатність фінансування для виконання чинних зобов'язань по мірі їх настання. Метою Підприємства є підтримання балансу між безперебійним фінансуванням та гнучкістю у використанні кредитних умов, наданих постачальниками. Передплати зазвичай використовуються для управління як ризиком ліквідності, так і кредитним ризиком. Підприємство здійснює аналіз за строками оплати активів та термінами погашення своїх зобов'язань і планує рівень ліквідності залежно від їх очікуваного погашення.

Таблиця 2.3

Інформація про види забезпечень та зобов'язань (тис. грн.)

Показник	31.12.2021
Поточна кредиторська заборгованість за:	10018
- товари, роботи, послуги	
- розрахунками з бюджетом	241
- розрахунками зі страхування	1
- розрахунками з оплати праці	533
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	10 133
Поточні забезпечення	13 713
Доходи майбутніх періодів	109 719
Інші поточні зобов'язання	10
Разом	144 368

Назва коефіцієнту	31.12.2021
Поточна ліквідність	1,33
Швидка ліквідність	0,68

Коефіцієнт поточної ліквідності у 2021 році становив 1,33. Даний коефіцієнт показує співвідношення оборотних активів і поточних зобов'язань.

Показник більше 1,0 характеризує здатність підприємства забезпечувати свої короткострокові зобов'язання за рахунок оборотних активів, які найбільш легко реалізувати.

Коефіцієнт швидкої ліквідності у 2020 році становив 0,68. Цей коефіцієнт показує, яку частину поточних зобов'язань підприємство здатне покрити за рахунок найбільш ліквідних оборотних активів – грошових коштів та їх еквівалентів, фінансових інвестицій та дебіторської заборгованості.

Норматив показника знаходиться в межах 0,5-1 і вище. Таке значення вказує на те, що в компанії досить ліквідних оборотних коштів для своєчасного розрахунку за зобов'язаннями.

Екологічні аспекти

Підприємство в природоохоронній діяльності керується політикою в області охорони навколишнього середовища. В ході діяльності утворюються відходи, що потребують утилізації (Прилади медичного призначення інші (шприци, одноразовий інструментарій тощо, матеріали допоміжні: (перев'язувальний матеріал, гумові рукавички, ватні кульки, одноразова білизна тощо, частини тіла та органи, у т.ч. міхури з кров'ю та кров консервована, лампи люмінесцентні та відходи які містять ртуть, інші зіпсовані або відпрацьовані (лампи кварцові), фармацевтичні препарати та прилади лікарські зіпсовані забруднені не марковані відповідним чином або з порушенням спеціального пакування., відходи рентгенологічних реактивів, інші.

Для утилізації Підприємством щорічно укладаються договори на послуги у сфері поводження з радіоактивними, токсичними, медичними та небезпечними відходами. Всі відходи, передаються спеціалізованим підприємствам, що мають ліцензії на розміщення і поводження з відходами.

Поточні витрати на охорону навколишнього середовища у 2021 році склали 1 050,6 тис. грн.

Таблиця 2.4

Аналіз балансу (фінансового стану) підприємства на 31 грудня 2021 р.

Актив	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	16 771	16 770
первісна вартість	1001	16 771	16 771
накопичена амортизація	1002	-	1
Незавершені капітальні інвестиції	1005	37 340	219 077
Основні засоби	1010	459 660	517 215
первісна вартість	1011	501 008	597 166
знос	1012	41 348	79 951
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-

<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції: які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	-	-
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	-	-
Відстрочені податкові активи	1045	-	-
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	-	-
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	-	-
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	513 771	753 062
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	101 106	94 384
виробничі запаси	1101	101 106	93 644
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	740
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховання	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	972	1 059
Дебіторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	47 906	51 976
з бюджетом	1 135	3	-
у тому числі з податку на прибуток	1 136	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	1155	1 531	10 950
Поточні фінансові інвестиції	1160	-	-
Гроші та їх еквіваленти	1165	10 812	33 986

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
готівка	1166	2	5
рахунки в банках	1167	10 810	33 980
Витрати майбутніх періодів	1170	-	4
Частка перестраховика у страхових резервах	1180	-	-
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	-	-
резервах незароблених премій	1183	-	-
інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	-	17
Усього за розділом II	1195	162 331	192 376
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	66 102	945 438

Пасив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	477 931	477 931
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	11 296	9 597
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	-	-
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	(4 765)	(28 437)
Неоплачений капітал	1425	-	-
Вилучений капітал	1430	-	-
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	484 462	459 091
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	-	-
Довгострокові забезпечення	1520	-	-
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	-	-
Цільове фінансування	1525	165 326	341 979
благодійна допомога	1526	7 239	1 429
Страхові резерви	1530	-	-

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
у тому числі:			
резерв довгострокових зобов'язань	1531	-	-
резерв збитків або резерв належних виплат	1532	-	-
резерв незароблених премій	1533	-	-
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Призовий фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	165 326	341 979
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:	1610	-	-
довгостроковими зобов'язаннями			
товари, роботи, послуги	1615	42	10 018
розрахунками з бюджетом	1620	184	241
у тому числі з податку на прибуток	1621	-	-
розрахунками зі страхування	1625	-	1
розрахунками з оплати праці	1630	281	533
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	10 133
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	-	-
Поточні забезпечення	1660	7 955	13 713
Доходи майбутніх періодів	1665	17707	109719
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	145	10
Усього за розділом III	1695	26 314	144 368
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	1700	-	-
V. Чиста вартість активів недержавного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	676 102	945 438

Таблиця 2.5

Аналіз фінансових результатів (сукупного доходу) за 2021 рік

I. Фінансові результати

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	288 817	188 485
Чисті зароблені страхові премії	2010	-	-
премії підписані, валова сума	2011	-	-
премії, передані у перестраховування	2012	-	-
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	-	-
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	-	-
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(380 032)	(286 249)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	-	-
Валовий: прибуток	2090	-	-
збиток	2095	(91 215)	(97 764)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	-	-
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	-	-
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	-	-
Інші операційні доходи	2120	128 454	121 795
у тому числі:			
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю	2121	-	-
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(63 941)	(41 051)
Витрати на збут	2150	(1 014)	(-)
Інші операційні витрати	2180	(335)	(514)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
у тому числі: витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю	2181	-	-
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності: прибуток	2190	-	-
збиток	2195	(28 051)	(17 534)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	-	461
Інші доходи	2240	8 157	7 964
у шаш чнс 7/ у дохід від благодійної допомоги	2241	-	-
Фінансові витрати	2250	(-)	(-)
Втрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	3 778	2 500
Фінансовий результат до оподаткування: прибуток	2290	-	-
збиток	2295	(23 672)	(11 609)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	-	-
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат: прибуток	2350	-	-
збиток	2355	(23 672)	(11 609)

II. Сукупний дохід

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
Дооцінка (уцінка) необоротних активів	2400	-	-
Дооцінка (уцінка) фінансових інструментів	2405	-	-
Накопичені курсові різниці	2410	-	-
Частка іншого сукупного доходу асоційованих та спільних підприємств	2415	-	-
Інший сукупний дохід	2445	(1 699)	3 917
Інший сукупний дохід до оподаткування	2450	(1 699)	3 917
Податок на прибуток, пов'язаний з іншим сукупним доходом	2455	-	-
Інший сукупний дохід після оподаткування	2460	(1 699)	3 917
Сукупний дохід	2465	(25 371)	(7 692)

III. Елементи операційних витрат

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
Матеріальні затрати	2500	158 106	110 127
Витрати на оплату праці	2505	167 893	126 610
Відрахування на соціальні заходи	2510	38 234	28 028
Амортизація	2515	40 409	36 720
Інші операційні витрати	2520	40 480	26 329
Разом	2550	445 122	327 814

За 2021 рік витрати підприємства на винагороду ключовому управлінському персоналу склали короткострокові виплати у сумі 3 678,9 тис. гривень, (за 10 місяців 2020 року – 1 781.0 тис. грн.) Станом на 31 грудня 2021 р. підприємство не має заборгованості за виплатами ключовому управлінському персоналу.

Відповідно до ПСБО 16 «Витрати» амортизаційні відрахування у бухгалтерському обліку визнаються у складі виробничих та інших витрат. Враховуючи, що суми амортизації не покриваються фінансуванням від НСЗУ, в наступних звітних періодах існує висока ймовірність отримання Підприємством щорічних збитків.

Проте, якби основні засоби було передано підприємству у якості додаткового капіталу, відповідно до правил обліку, викладених у п. 4 розд. III Положення про порядок бухгалтерського обліку (ПСБО) окремих активів та операцій підприємств державного, комунального секторів економіки і господарських організацій, які володіють та/або користуються об'єктами державної, комунальної власності, затвердженого наказом Мініфіну від 19.12.2006 № 1213, сума додаткового капіталу списувалась би на інші доходи одночасно із нарахуванням амортизації необоротних активів та визнанням відповідних витрат.

Такий підхід дозволить знизити залежність Підприємства від додаткового фінансування з боку Засновника та зменшить ризики Засновника з відшкодування збитків Підприємству, що передбачено п. 9 ст. 78 ГКУ.

Також у рядку 1420 Балансу (Таблиця 2.4) відображено суму збитків у вигляді суми зносу основних засобів і накопиченої амортизації нематеріальних активів, які обліковувались за Д-т субрахунку 5512 у розмірі 95 624,0 тис. грн., які були отримані Підприємством до моменту перетворення та відповідно до передавального акту балансових рахунків матеріальних цінностей та активів комунальної установи «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради до правонаступника Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради від 28.02.2020 КНП «ЗОКЛ» ЗОР були передані Підприємству.

Зменшити такі суми збитку можливо на підставі окремого розпорядчого акту Засновника шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету у вигляді дотації на покриття збитків відповідно до п. 1.2. розд. 3.1.3 Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у КПП від 14.02.2018.

2.3 Ризики та перспективи розвитку КНП «ЗОКЛ» ЗОР

На підставі розрахунків, які охоплюють 12 місяців від звітної дати та представлені в розділі 2.2 кваліфікаційного дослідження, можна зробити припущення стосовно функціонування підприємства у найближчому майбутньому.

У найближчому майбутньому підприємство продовжуватиме зазнавати вплив нестабільної економіки в країні.

Додатково 2022-2023 роки можна охарактеризувати, як період, який має багато показників ризиків, зокрема, прогнозування української економічної політики на внутрішньому ринку та для українських партнерів ускладнюють військова агресія Російської Федерації на території України та триваюча пандемія COVID-19, які призвели до значного економічного спаду

в Україні, погіршення стану державних фінансів, волатильності фінансових ринків, неліквідності ринків капіталу, підвищення темпів інфляції, коливань національної валюти по відношенню до основних іноземних валют, втрат ринків збуту, зниження виробництва основних видів продукції, зокрема тієї, що становить основу експортного потенціалу України.

Крім того, заблоковані порти, нищиться транспортно-логістична, соціальна, маркетингова та інженерна інфраструктура цілих регіонів.

Відбувається відтік кадрів за кордон та їх часткова передислокація на захід держави.

Все це ставить під загрозу існування підприємства на безперервній основі.

Як існуюча незалежна пом'якшувальна дія для зниження сумнівів щодо безперервності діяльності є територія, на якій розташоване КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР, клінічна база, яка на дату підготовки матеріалу кваліфікаційного дослідження не знаходиться в окупації чи оточенні.

КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР має укладені з НСЗУ договори надання допомоги населенню, своєчасно отримує оплату за надані послуги.

На думку підприємства, розкриті фактори показують, що суттєва невизначеність щодо безперервності діяльності КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР відсутня. Проте у зв'язку з продовженням військової агресії підприємство буде спостерігати за ситуацією та готове буде внести коригування до фінансової звітності за необхідності.

Отже, незважаючи на існуючу невизначеність, підприємство планує продовжувати свою діяльність на безперервній основі.

Фактори ризику

Найбільш істотними факторами ризику, що впливають та в подальшому можуть вплинути на результати діяльності підприємства є:

- Щорічне змінення вимог НСЗУ щодо специфікацій до договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, відсутність фінансової спроможності виконання всіх вимог може призвести до відсутності підписаних деяких «пакетів» медичного обслуговування;

- Економічно необгрунтовані тарифи в договорах про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій можуть призвести до погіршення якості надання медичної допомоги;

- Обмежений обсяг платних медичних послуг та неможливість надання деяких на платній основі в рамках застосування Постанови Кабінету міністрів України від 17.03.1996 №1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах»;

- Відсутність фінансової можливості самостійного придбання дороговартісного обладнання для забезпечення якісного надання медичних послуг та виконання вимог НСЗУ та проведення капітальних ремонтів будівель лікарні. Капітальні вкладення можливі за умови фінансування цих видатків за кошти обласного бюджету (Власника), місцевих та державних цільових програм, що також залежить від фінансової спроможності регіону чи держави;

- Експлуатаційні ризики: нестабільність ціни на комунально-експлуатаційні послуги ;

- Ризик інфекціонування персоналу захворюваннями, що передаються повітряно-крапельним шляхом або через кров (гепатити, ВІЛ, інше) від пацієнтів, що може негативно вплинути на стан здоров'я персоналу та призвести до тривалого розладу здоров'я та втрати працездатності;

- Зростання цін на медикаменти та вироби медичного призначення, товари господарського призначення, пально-мастильних матеріалів, що призведе до додаткових витрат;

- Зниження платоспроможності населення на тлі погіршення економічної ситуації в країні, може призвести до зменшення обсягів надання медичних послуг на платній основі;

- Затримка оплати НСЗУ по договорам про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій може призвести до порушення вимог Кодексу законів про працю в частині обсягів та строків виплати заробітної плати;

- Значну роль у зростанні іміджу медичних підприємств відіграє мотивація персоналу, безпосередньо пов'язаного з наданням медичних послуг. Тому недостатній рівень зарплати та заохочення медперсоналу може негативно вплинути на діяльність підприємства та збільшити плінність кваліфікованих кадрів;

- Здійснюючи свою діяльність, неприбуткове комунальне некомерційне підприємство повинне завжди відповідати вимогам п. 133.4 Податкового кодексу України, щоб не втратити статус неприбутковості та не стати платником податку на прибуток.

Залежно від поставлених цілей та завдань підприємство на підставі розробленого фінансового плану, який регулює збалансованість надходжень та витрат підприємства, визначаються пріоритетні напрямки діяльності та очікувані результати фінансово-господарської діяльності.

Для визначення факторів ризику, які можуть негативно вплинути на очікуваний кінцевий результат діяльності підприємства, використовується інструмент внутрішнього контролю. Саме запобігання можливим негативним наслідкам настання ризику шляхом попереджувальних заходів дозволяє знизити їх вплив на результати діяльності підприємства та прийняти правильне управлінське рішення.

В ході своєї діяльності Підприємство піддається ряду фінансових ризиків: кредитний, ринковий, валютний ризику.

Кредитний ризик

Підприємство схильне до кредитного ризику. Це ризик того, що контрагент не виконає своїх зобов'язань вчасно. Підприємство схильне до кредитного ризику від основної діяльності насамперед за розрахунками з Національною службою здоров'я України.

Керівництво не може впливати на кредитний ризик, оскільки акти виконаних робіт формуються НСЗУ самостійно, надаються в терміни, визначені НСЗУ, теж саме стосується розрахунків за надані медичні послуги на підставі цих актів.

Ринковий ризик

Підприємство надає медичні послуги мешканцям Запорізької області та громадянам України, деякі з них не є ексклюзивними. Тому пацієнт має вибір серед інших лікувальних закладів. Запобігання ринковим ризикам відбувається шляхом розширення послуг та клієнтської бази, вдосконалення технологій та сервісу, розроблення маркетингової політики, яка спрямована на залучення нових споживачів.

Валютний ризик

Валютний ризик виникає від коливання валютних курсів під час здійснення валютних операцій та операцій за контрактами з прив'язкою до курсу валюти (договори про проведення клінічних досліджень).

Ризик ліквідності

Ризик ліквідності – ризик того, що Підприємство не зможе погасити свої зобов'язання в разі їх виникнення. Підприємство має низький ризик ліквідності, оскільки фінансується відповідно до укладених договорів з НСЗУ, веде господарську діяльність (надає платні послуги в межах діючого законодавства), здає в оренду тимчасово вільні приміщення, крім того може розраховувати на фінансову допомогу Засновника.

Перспективи розвитку

На підприємстві в 2021 році велись роботи з реконструкції (термомодернізації) будівель (виробничих приміщень) та впроваджувалось нове сучасне обладнання. Основними напрямками розвитку Підприємства є:

- збільшення обсягів надання медичних послуг за рахунок впровадження новітніх методів з застосуванням сучасного медичного обладнання, підвищення сервісу;

- зниження собівартості послуг через аналіз витрат;

- підвищення якості та конкурентоспроможності послуг;

- поліпшення умов праці, розширення соціальних програм;

- підвищення безпеки праці, поліпшення екології в місті.

Реалізація цих планів дозволить підприємству покращити якість послуг, розширити їх перелік та залучити нових пацієнтів, знизити витрати та, відповідно, собівартість продукції, що значно покращить фінансовий стан підприємства.

Питання подальшого функціонування підприємства

Засновником, Власником та органом управління майном Підприємства є територіальні громади сіл, селищ, міст Запорізької області в особі Запорізької обласної ради. Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику.

Послуги підприємства є затребуваними на ринку, тому питання його ліквідації не розглядається. Навіть за умов військової агресії та незважаючи на існуючу невизначеність, підприємство планує продовжувати свою діяльність на безперервній основі.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВА У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Питання реструктуризації системи охорони здоров'я з метою її більшої орієнтації на первинну медико-санітарну допомогу

Уряди різних країн вивчають можливості вдосконалення систем охорони здоров'я щодо їх ефективності, дієвості, здатності ефективно задовольняти потреби пацієнтів та населення загалом та забезпечення рівноправності на основі дотримання принципу справедливості.

За останні роки важливу роль первинної медико-санітарної допомоги у досягненні цих цілей набула широкого визнання. Однак систематичного аналізу ефективності системи первинної медико-санітарної допомоги в порівнянні з системою, орієнтованою на спеціалізовану допомогу, не проводилося, так само як і відсутні переконливі докази на користь первинної медико-санітарної допомоги.

У цьому розділі кваліфікаційного дослідження наведено фактичні дані про переваги та недоліки реструктурування системи охорони здоров'я у бік більшої орієнтації на служби первинної медико-санітарної допомоги, що рекомендовано впровадити на базі досліджуваної установи – комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради з метою підвищення ефективності його управління та системи надання медичних послуг загалом.

Результати міжнародних досліджень вказують на наявність взаємозв'язку між рівнем розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги в країні та такими показниками здоров'я населення, як смертність від усіх причин, передчасна смертність від усіх причин та передчасна

смертність від основних респіраторних та серцево-судинних захворювань [34].

Цей взаємозв'язок продовжує залишатися статистично значимим і після врахування різних детермінантів здоров'я населення, як на макрорівні (ВВП на душу населення, кількість лікарів на 1000 населення, відсоток людей похилого віку), так і на мікрорівні (середня кількість звернень до амбулаторних установ, рівень доходів на душу населення, споживання алкоголю та тютюну). Крім того, забезпечення більшої доступності первинної медико-санітарної допомоги підвищує рівень задоволеності пацієнтів та знижує сумарний обсяг витрат на медико-санітарну допомогу.

Результати досліджень, проведених у розвинених країнах, показують, що у системах, орієнтованих на спеціалізовану допомогу, може посилюватися нерівність щодо доступу. Системи охорони здоров'я в країнах з низьким рівнем доходів, орієнтовані переважно на надання первинної медико-санітарної допомоги, зазвичай переважно забезпечують захист незаможних верств населення, рівноправність і доступність.

На рівні практичної охорони здоров'я більшість досліджень, в яких проводиться порівняльний аналіз послуг, надання яких можливе як в рамках первинної медико-санітарної допомоги, так і спеціалізованої допомоги, показують, що велика орієнтація на лікарів загальної практики (первинного рівня) знижує рівень витрат і збільшує ступінь задоволеності пацієнтів, не надаючи негативного впливу на якість наданої допомоги чи результати лікування пацієнтів.

У більшості досліджень, що аналізують можливості надання деяких видів послуг у рамках первинної, а не вторинної медико-санітарної допомоги, показано, що у ряді випадків такі зміни можуть бути економічно доцільнішими.

Розширення служб первинної медико-санітарної допомоги не завжди може призводити до зниження рівня витрат, оскільки в результаті

виявляються ранні незадоволені потреби, підвищуються можливості доступу і, як правило, підвищується коефіцієнт використання медичних служб.

У глобальному масштабі уряд кожної країни шукає шляхи, щоб зробити свою систему охорони здоров'я більш ефективною, рентабельною, оперативною та забезпечує дотримання принципів соціальної справедливості.

Доповідь ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі вказує на низку країн, потенційні можливості яких у цьому відношенні не повністю реалізовані. Немає єдиної думки щодо оптимальних структур, змісту та шляхів здійснення економічно-ефективних видів допомоги для досягнення об'єктивного покращення здоров'я населення.

Результати порівняльного дослідження, виконаного в США, виявили позитивну кореляцію між наявністю лікарів первинної ланки та більш сприятливою динамікою показників демографії та здоров'я населення, включаючи стандартизовані коефіцієнти вікової та загальної смертності, смертність від онкологічних причин та ішемічної хвороби серця, неонатальну смертність, а також очікувану життя. Таким чином, робимо висновок про те, що відсутність доступу до первинної допомоги є найбільш важливим фактором з числа тих, що зумовлюють незадовільний стан здоров'я.

З іншого боку, системи охорони здоров'я, де домінують фахівці, як, наприклад, у США, характеризуються вищою загальною вартістю та зниженим доступом уразливих груп населення до послуг охорони здоров'я. Висока вартість співвідноситься з пропорційно меншим числом лікарів первинної ланки і з ослабленням контролю доступу до спеціалізованої допомоги («сторожової функції»), що впливає з цього. Регіони США з нижчою кількістю лікарів первинної ланки на душу населення характеризуються вищими витратами системі Medicare (федеральна система медичного страхування, головним чином для осіб віком 65 років та вище).

Первинна медико-санітарна допомога здійснюється в більш дешевих умовах порівняно зі спеціалізованою допомогою, оскільки фахівці

найчастіше вдаються до застосування дорогих технологій і орієнтуються більшою мірою на лікувальні, ніж на профілактичні заходи.

Для країн, що розвиваються, немає настільки ж переконливих даних на доказ зв'язку між поліпшенням фінансування або умов доступу до ПМСД та поліпшенням показників здоров'я населення у зв'язку з невід'ємними труднощами поділу ефектів соціально-економічних та охорони здоров'я.

Соціальна справедливість та доступ до допомоги

Дані наукових досліджень показують, що у країнах із низьким рівнем доходу витрати на ПМСД більшою мірою відповідають потребам незаможного населення порівняно із сумарними витратами, що включають фінансування лікарень.

Ці витрати мають доцільний дистрибутивний ефект, сприяючи бідним верствам населення пропорційно більшою мірою, ніж багатим. Роботи з розвинених країн демонструють, що орієнтація на систему, що базується на спеціалізованій допомозі, посилює нерівність у доступі.

З іншого боку, є загальна думка про те, що вкладення коштів у первинну допомогу сприяє більш повному дотриманню принципу соціальної справедливості. Зростання вкладень у первинну допомогу покращує доступ до допомоги, що асоціюється зі зниженням смертності та захворюваності. Навпаки, обмеження доступу до ПМСД призводить до погіршення стану здоров'я населення.

Лікарі первинної ланки більшою мірою, ніж фахівці, забезпечують принцип безперервності та наступності, а також всебічний підхід при наданні допомоги, що зумовлює більш сприятливу динаміку показників здоров'я. Поліпшення доступу до лікарів первинної ланки та застосування ними «сторожової функції» має додаткові переваги, такі як зниження частоти госпіталізації, скорочення навантаження на центри спеціалізованої та екстреної допомоги, а також зниження ймовірності для пацієнта зазнати неадекватного медичного втручання.

У той же час в умовах можливості прямого доступу до фахівців, без контролюючого механізму з боку лікарів первинної ланки, якість допомоги, що оцінюється з точки зору адекватності втручань, знижується, а її вартість підвищується. Таким чином, можна дійти висновку про те, що розширення охоплення первинною допомогою може знижувати попит на дорогу спеціалізовану лікарняну допомогу.

Беззаперечною є думка про те, що контакт населення з системою надання медичної допомоги не повинен починатися з госпітального рівня і тому первинна допомога – це незамінне та «належне» рішення. Однак це положення має бути підкріплене практичним досвідом.

Згідно з висновками Світового банку [54], окремі види первинної допомоги, зокрема щодо здоров'я дітей, питань харчування, імунізації та пероральної регідратації, дають явну економічну вигоду порівняно з госпітальною допомогою, а також про те, що заходи, які здійснюються на етапі первинної допомоги можуть запобігати значній частині випадків смерті.

Зміщення допомоги у напрямі від фахівців до лікарів загальної практики та від вторинної до первинної допомоги є цілком можливим і, за результатами досліджень, характеризується економічною ефективністю без негативного ефекту на динаміку показників здоров'я.

Порівняння 10 західних країн виявило більш високий рівень задоволеності пацієнтів якістю допомоги в системах, що спираються на розвинену первинну допомогу, за умови контролю над впливом вартості послуг на характер допомоги. Винятком було лише Сполучене Королівство, незважаючи на значну орієнтацію своєї системи охорони здоров'я на первинну допомогу та відносно низький загальний рівень витрат на охорону здоров'я.

Опитування громадської думки - «Євро-барометр» - проведене в 15 країнах Європейського союзу, показало, що при оцінці доступності до послуг первинної допомоги, що надається лікарями загальної практики, найвищий рівень задоволеності населення відзначається в Данії, яка має дуже потужну

систему первинної допомоги з щоденний цілодобовий доступ. Однак, рівень задоволеності пацієнтів щодо первинної допомоги та лікарів загальної практики значною мірою залежить від характеру надання допомоги, від манери поведінки лікаря в цілому та від конкретного лікаря, від ступеня безперервності у наданні допомоги, а також можливість проходити регулярне профілактичне обстеження.

Залишається відкритим питання, якою мірою висновки даного огляду можуть бути узагальнені для використання в рекомендаціях щодо розробки політики, оскільки наявні дані отримані з різних країн, з різноманітним структурами, шляхів організації та фінансування та діяльності притаманних їм систем охорони здоров'я. Врахувати всі ці фактори дуже складно. Зміни, що спостерігаються, можуть залежати не стільки від того, де і ким надано допомогу, скільки від впливу таких факторів, як рівень фінансування системи охорони здоров'я або стиль поведінки лікаря. Відокремити вплив подібних факторів від впливів умов надання допомоги, рівня спеціалізації медичних працівників або від типу послуг, що надаються, є дуже нелегким завданням.

Механічний перенесення висновків з результатів досліджень або моделей надання допомоги з одних умов до інших без чіткого розуміння контексту та динаміки системи охорони здоров'я загрожує небажаними наслідками. Особлива обережність потрібна там, де приступають до реформ на користь розвитку первинної допомоги з можливими зміщеннями з одного етапу на інші види медичних послуг, не маючи чітко сформульованих цілей і завдань політики, що проводиться і не встановивши підтверджуючої їх доказової бази.

У жодній мірі не можна гарантувати у всіх випадках отримання успішних результатів від мобілізації наявного потенціалу або відповідних структурних змін системи охорони здоров'я з метою усунути рівень надання допомоги від більш дорогих до більш економічних альтернативних умов, таких як ПМСД.

Значення, яке надається первинної допомоги, варіює від країни до країни. Незважаючи на наявні наукові свідчення на користь первинної допомоги, у більшості країн госпітальна та спеціалізована допомога користуються сприятливішими умовами фінансування. Це частково зумовлено існуючими уявленнями про сутність ПМСД, про те, що вона може дати і що вона більш важлива для забезпечення контролюючого механізму з метою зниження витрат або обмеження доступу до вторинної допомоги, ніж для реального внеску в покращення здоров'я.

Це пояснює парадокс між заснованою на практичному досвіді привабливістю первинної допомоги та прохолодним ставленням до неї з боку представників директивних органів на національному рівні та медичних професіоналів, які розглядають її як «другосортний» вид допомоги, що не має суттєвого впливу на смертність та найбільш важливу захворюваність, основне значення якого полягає лише у сортуванні доступу до госпітального етапу.

Ця невідповідність у розподілі ресурсів несе наслідки для ефективності та рівноправності щодо одержуваної допомоги. Тут також, можливо, криється причина того, чому зростаючі сумарні громадські витрати на охорону здоров'я не призводять до пропорційного підвищення рівня рівноправності в доступі до допомоги та покращення показників здоров'я, а також меншою мірою, ніж очіувалося, впливають на середній рівень стану здоров'я.

За використання адекватних стимулів будь-яка система охорони здоров'я має реальні можливості розширити межі реалізації медичних послуг у сфері первинної допомоги. Нерідкою проблемою ініціаторів розвитку первинної допомоги, а також її прихильників із фінансових структур є недолік впевненості та нечітке формулювання позицій. Діячам, які відповідають за формування політики, необхідно дати виразне уявлення про концепцію первинної допомоги, і що вона може дати. Доведення до свідомості професіоналів-медиків, представників директивних органів та

громадськості всіх переваг первинної допомоги вимагатиме серйозних зусиль у плані пропаганди та соціальної реклами.

Роль первинної допомоги має розглядатися не ізольовано, а у поєднанні з іншими складовими системи охорони здоров'я. Первинна та вторинна допомога, більш загальна та спеціалізована – все має важливе значення в охороні здоров'я. Ці види допомоги не є взаємовиключними, і той та інший – необхідні компоненти будь-якої системи. Проте, технологічний прогрес, підвищення рівня освіти та професійної підготовки медпрацівників, розширення функцій кадрового складу бригад первинної допомоги, інший характер потреб та попиту внаслідок процесу зміни структури захворюваності та домінуючих соціальних установок – все це свідчить на користь того, що первинна допомога нині грає важливішу роль, ніж раніше, і розподіл наявних ресурсів має сприяти її розвитку.

Необхідний новий підхід, при якому первинна допомога бачиться в позитивному світлі, що дозволяє побачити, що вона достовірно забезпечує внесок у поліпшення здоров'я людей, а не тільки несе контрольні та ресурсозберігаючі функції. Оптимальну основу такого підходу надає всебічна та інтегрована модель, рекомендована ВООЗ. Цей оновлений підхід має поєднувати в собі інноваційний універсалізм та економічний реалізм, маючи на меті забезпечення допомоги кожному, але не щодо всіх без розбору медичних втручань. У будь-якому випадку, сфера, зміст та шляхи впровадження даної моделі повинні визначатися за результатами та за підтримки практичних досліджень.

Активна орієнтація системи охорони здоров'я на первинну допомогу сприяє покращенню показників здоров'я населення, більш повному забезпеченню принципів соціальної справедливості у доступі до медичних послуг, більш адекватної утилізації ресурсів охорони здоров'я, підвищенню рівня задоволення та зниження витрат.

3.2 Використання систематичних оглядів та мета-аналізів в управлінні охороною здоров'я та клінічній практиці

Невміння проводити критичний аналіз інформації, що надходить, підвищує ймовірність лікарських помилок і нераціональних рішень та веде до зниження якості медичної допомоги. Завдяки розвитку клінічної епідеміології та інформаційних технологій сьогодні з'явилася можливість заснувати клінічну практику на кількісному та якісному аналізі світових наукових даних, а не лише на інтуїції, клінічному досвіді та традиціях окремих наукових шкіл.

Систематичні огляди допомагають практикуючим лікарям не відстати від новинок медичної літератури, узагальнюючи велику кількість науково обґрунтованих даних та пояснюючи причини розбіжності результатів різних досліджень. У систематичному огляді використовуються наукові підходи, що обмежують можливість систематичних помилок під час відбору, критичної оцінки та узагальнення всіх досліджень щодо певної клінічної проблеми.

Мета-аналіз – різновид систематичного огляду, в якому для об'єднання та узагальнення результатів кількох оригінальних досліджень застосовуються статистичні методи. Оскільки процес підготовки огляду сам по собі (як і будь-яке інше наукове дослідження) схильний до систематичних помилок, огляд цінний лише тоді, коли в ньому детально викладаються методи його підготовки.

Систематичні огляди все ширше використовуються в медицині як джерело інформації для прийняття клінічних рішень, планування майбутніх досліджень та вироблення політики охорони здоров'я, тим самим посилюючи зв'язок між найбільш обґрунтованими результатами досліджень та оптимальною медичною допомогою.

На сучасному етапі науково обґрунтовані дані, почерпнуті з біомедичної літератури, мають бути обов'язковим компонентом процесу ухвалення клінічного рішення. Якщо доведено, що один метод лікування

кращий за інший, нам потрібно знати про це, щоб рекомендувати даний метод хворим, яким він показаний. Ніколи раніше у всьому світі не прикладалося стільки зусиль до розробки нових методів діагностики та лікування та визначення їх практичної значущості. Хворі (і члени їхніх сімей) очікують, що лікарі знають про останні досягнення. На жаль, пропустити важливу інформацію дуже просто. Нам може не вистачити часу, бажання чи просто вміння знаходити, критично оцінювати та узагальнювати інформацію. Без цих навичок неможливо ґрунтувати свою практику на найсучасніших наукових даних. На щастя, з'явилося кілька дуже ефективних методів, які можуть допомогти нам інтерпретувати та застосовувати ці результати; основний у тому числі – систематичний огляд.

На противагу журналістським оглядам (узагальнення результатів первинних досліджень без системного, стандартизованого та об'єктивного аналізу) систематичні огляди первинних робіт готуються відповідно до точної та відтворюваної методології обробки інформації та містять розділи «мети», «матеріали» та «методи».

Найкращі систематичні огляди, особливо створені в рамках Кокранівської співпраці, регулярно переглядаються та оновлюються шляхом включення до них нових відомостей. Однак досі більшість медичних оглядів є журналістськими оглядами.

В ідеалі науковий огляд літератури та дисертаційних роботах також повинен відповідати вимогам до написання систематичного огляду. Однак, на жаль, такий підхід до підготовки дисертації скоріше виняток із практики, що склалася, а не правило.

В даний час вчені, які професійно займаються питаннями інформаційного забезпечення в охороні здоров'я, зуміли переконати медичну спільноту в тому, що помилкові вторинні дослідження (наприклад, журналістської статті) не менш небезпечні, ніж помилкові первинні дослідження. До основних переваг систематичних оглядів можна віднести наступне:

1) точні методи, які використовуються під час підготовки систематичних оглядів, обмежують ймовірність систематичної помилки, тому їх висновки більш надійні та точні;

2) здійснюється доступ до більших обсягів інформації;

3) зменшується тимчасовий розрив між отриманням наукового результату та його впровадженням у практику;

4) результати різних досліджень (випробувань) можна порівнювати для встановлення зв'язку та визначення характеристик цих зв'язків. Розбіжність результатів різних, але аналогічних досліджень можна проаналізувати, зокрема. методом розшарування для різних підгруп;

5) кількісні систематичні огляди (мета-аналіз) підвищують ймовірність та точність первинних наукових результатів.

При оцінці систематичних оглядів слід враховувати когнітивну складову автора огляду, його досвід, знання та суб'єктивне ставлення до своїх та чужих знань.

У вирішенні проблем вибору методів (технологій) надання медичної допомоги, а також їх оцінки медико-економічної ефективності необхідно дотримуватись доказового методу шляхом формулювання відповідних питань та пошуку відповідей на них. Для цього потрібно:

1) перекласти потреби у інформації у питання, куди можна знайти відповідь (тобто сформулювати завдання);

2) виявити найкращі обґрунтовані (доведені) відомості для відповіді на ці запитання (тобто знайти інформацію та дати відповідь);

3) критично оцінити доказові відомості щодо достовірності та корисності;

4) впровадити результати цієї оцінки у клінічну практику;

5) оцінити результати виконаної роботи (налагодити зворотний зв'язок).

Неприйняття доказової медицини обумовлено усвідомленням того, що медпрацівники приймали неписьменні рішення доти, доки не познайомилися

з методами доказової медицини. Це чинники психологічного властивості, усунути які досить складно.

Огляди медичних втручань показують, що лише 60-90% клінічних рішень ґрунтуються на доказовій медицині. Це означає, що 10-40% втручань науково не обґрунтовані і можуть нести потенційну небезпеку для хворих. Клінічні рішення мають ґрунтуватися на колективному досвіді тисяч лікарів, а не лише на тому, що побачили та відчували ми самі.

Медичні журнали та інші «інформаційні» матеріали, що прямо або опосередковано спонсоруються фармацевтичними компаніями, рясніють рекомендаціями та наочними схемами ведення хворих. Однак, хто може доручитися, що порада, дана в наборі рекомендацій, передовій статті або в анотованому огляді, є правильною?

Як сказано вище, небезпечно орієнтуватись і на думку експерта. Його погляд на проблему впливають на його сприйняття та інтерпретацію інформації.

В результаті несвідомо відбувається відбір матеріалів, що відповідають думці експерта та ігнорування невідповідних (прямий обман нами не розглядається). Це психологічні особливості людини та ігнорувати їх не можна. У результаті експерт у певній галузі насправді з меншою ймовірністю представить об'єктивний огляд всіх наявних даних, ніж експерт, який неупереджено відноситься до відомостей літератури.

Для складання систематичних оглядів рандомізованих контрольованих випробувань розроблено відповідний алгоритм дій, що включає такі етапи:

- 1) вкажіть цілі рандомізованих контрольованих випробувань та позначте критерії включення;
- 2) знайдіть випробування, які відповідають критеріям включення;
- 3) вивчіть характеристики кожного включеного випробування та оцініть його методологічну якість;
- 4) на основі критеріїв включення поясніть, чому Ви виключили ті чи інші результати досліджень (випробувань) з огляду;

5) зберіть найповніший набір даних, по можливості звертаючись до дослідників;

6) проаналізуйте включені рандомізовані контрольовані випробування, використовуючи статистичний синтез даних (мета-аналіз), якщо це можливо;

7) порівняйте альтернативні аналізи, якщо це можливо;

8) складіть критичне узагальнення огляду, із зазначенням цілей, матеріалів, методів та результатів.

Таким чином, систематичні огляди – це, по суті, наукові дослідження із заздалегідь спланованими методами, де об'єктом вивчення є результати низки оригінальних досліджень. Вони синтезують результати цих досліджень, використовуючи підходи, що зменшують можливість систематичних та випадкових помилок. Ці підходи включають всебічний пошук публікацій з певного питання та використання точних, відтворених критеріїв відбору статей для огляду. Далі проводиться оцінка структури та особливостей оригінальних досліджень, узагальнення даних та інтерпретація отриманих результатів.

Якщо результати оригінальних досліджень розглянуті, але статистично об'єднані, огляд можна назвати якісним систематичним оглядом. У кількісному систематичному огляді, який називається мета-аналізом, для об'єднання результатів двох або більше досліджень використовуються статистичні методи. Виклад результатів низки досліджень без точного опису методів відбору та синтезу даних часто називають оглядом літератури.

Оглядові статті – лише із видів синтезу інформації; до інших можна віднести клінічні рекомендації, економічні аналізи та аналізи алгоритмів прийняття клінічних рішень, вони часто включають результати систематичних оглядів. Наприклад, клінічні рекомендації – це розроблені за допомогою систематичних методів документи, які мають допомогти лікарям та хворим прийняти рішення про тактику лікування у певних клінічних умовах.

Науково обґрунтовані клінічні рекомендації базуються на систематичних оглядах, відповідним чином адаптованих до місцевих умов та особливостей. В економічних аналізах порівнюються вартість та ефективність різних лікувальних підходів; відомості про ефективність, які розглядаються в цих аналізах, часто отримані із систематичних оглядів оригінальних досліджень. В аналізах алгоритмів прийняття клінічних рішень кількісно оцінюються як ймовірність, і значимість очікуваних клінічних результатів після ухвалення тієї чи іншої рішення.

Значення добре проведеного систематичного огляду практичного лікаря важко переоцінити. Багато з них перевантажені обсягом медичної літератури, що випускається, і в результаті часто воліють переглядати оглядові повідомлення, а не публікації оригінальних досліджень. Оглядові статті дозволяють залишатися на рівні сучасних знань. Високоякісні систематичні огляди допомагають визначити межі відомого та дізнаватися про всі науково доведені факти.

Окремі дослідження рідко дають точні відповіді на певні клінічні питання, а систематичні огляди можуть допомогти практичним лікарям вирішувати їх. Критично аналізуючи первинні дослідження, систематичні огляди також допомагають виявити протиріччя між результатами різних досліджень. Кількісно поєднуючи результати кількох невеликих досліджень, мета-аналіз дозволяє робити більш точні, різнобічні та переконливі висновки. Крім того, систематичний огляд кількох досліджень допомагає краще визначити, для яких підгруп хворих застосовні отримані результати.

Систематичні огляди потрібні і дослідникам, так як дозволяють підсумовувати існуючі дані, удосконалити гіпотези, визначити необхідні розміри вибірки для дослідження, допомагають виробити план майбутніх досліджень. Без цих оглядів дослідники можуть пройти повз багатообіцяючі напрями або вивчати вже вирішені питання. Організаторам охорони здоров'я огляди та інші узагальнюючі публікації необхідні для вироблення політики

надання медичних послуг, що забезпечує оптимальні результати за наявних ресурсів.

Систематичні огляди можуть допомогти у вирішенні клінічних проблем, але ніколи не замінять клінічного досвіду. Лікарі дають рекомендації конкретним хворим, ґрунтуючись на аналогіях, досвіді, логічних побудовах та теорії, так само як і на науково обґрунтованих результатах досліджень. Поінформованість про ефективність будь-якої терапії не замінить знання про те, як використовувати її для лікування конкретних хворих. Науково обґрунтовані рекомендації можуть призвести до поганих практичних результатів, якщо застосовуються некритично чи неусвідомлено. Структура прийняття рішень у медицині складна; для цього потрібно поєднувати воедино знання, навички, морально-етичні цінності та науково обґрунтовані факти при кожній зустрічі хворого з лікарем.

Поширеність оглядових статей швидко змінюється. Число щорічно видаваних систематичних оглядів збільшилося в минулому десятилітті принаймні в 500 разів. Тепер часто можна зустріти кілька систематичних оглядів з тих самих або близьких клінічних питань. Наприклад, оцінці впливу кальцію на артеріальний тиск були присвячені нещодавно два мета-аналізи, опубліковані протягом одного місяця. Хоча незалежні огляди, що дублюють один одного, в яких отримані аналогічні результати, дозволяють ставитися до них з великою довірою, за це доводиться розплачуватися звуженням можливостей – вони можуть відволікати дослідників від проведення необхідних систематичних оглядів в інших областях. Ситуація може стати ще складнішою, якщо у кількох оглядах результати схожі, а клінічні рекомендації різняться; таке трапилося з п'ятьма мета-аналізами з ведення хворих у відділеннях інтенсивної терапії, виданими протягом 5 років (причому два з них були опубліковані в одному випуску того самого журналу). Вирішити розбіжності між мета-аналізами можна, провівши на високому методологічному рівні новий систематичний огляд, у якому будуть синтезовані всі дані.

Останнім часом було розроблено методичні рекомендації, що допомагають критично оцінювати та застосовувати оглядові статті. Схема інтерпретації даних оригінальних досліджень та створення систематичних оглядів з використанням рівнів доказовості та ступеня обґрунтованості рекомендацій була з успіхом використана кількома групами дослідників. На погоджувальних конференціях Американської колегії пульмонологів щодо запобігання тромбозам лікувальні рекомендації зазвичай класифікуються відповідно до ступеня їхньої наукової доказовості – залежно від того, чи засновані вони на результатах великих, рандомізованих досліджень, мета-аналізів, спостережних досліджень чи на думці експертів.

Міжнародна співдружність вчених, названа Cochrane Collaboration, створена саме для того, щоб допомогти у підготовці, постійному оновленні та поширенні результатів систематичних оглядів щодо лікувальних втручань. Бібліотека Cochrane – перший великомасштабний багатодисциплінарний продукт цієї співпраці.

Розвиток інформаційних технологій зможе забезпечити доступність інформації прямо на місці надання медичної допомоги. Формати представлення даних стануть зручнішими і для медиків, і для хворих. Будуть створені та повсюдно поширені практичні методи включення інформації із систематичних оглядів у процес вироблення клінічного рішення. В очікуванні цього прогресу лікарі вже зараз можуть і повинні скористатися перевагами систематичних оглядів.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Розвиток організацій охорони здоров'я є невід'ємним компонентом сталого зростання будь-якої економічної системи, що цивілізовано функціонує.

Якість медичних послуг та ефективність клінічної діяльності завжди знаходяться на першому плані. Здатність до своєчасного надання високоякісної медичної допомоги, підвищення організаційної ефективності, задоволення запитів споживачів шляхом усунення витрат, оптимізації процесів і їх собівартості – необхідні умови роботи сучасних медичних установ.

Специфіка управління підприємством у сфері охорони здоров'я обумовлена насамперед тим, що охорона здоров'я – особлива сфера діяльності, яка відрізняється від інших видів діяльності. Управління підприємством у сфері охорони здоров'я мають особливі характеристики, які потребують модифікації загальних принципів управління чи зміни акцентів.

По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, що визначає специфічний характер взаємодії підприємства у сфері охорони здоров'я із споживачами послуг. Це передусім прямий контакт із споживачем і залучення їх у процес надання послуги. У цьому пацієнти – основні елементи зовнішнього середовища підприємства у сфері охорони здоров'я, і кожна взаємодію медичного закладу з клієнтом можна розцінювати як прямий контакт із зовнішнім середовищем. Але що найважливіше, людина перестає бути пасивним об'єктом, вона реагує на вплив, що на неї здійснюється (часто не цілком передбачувано) і тим самим безпосередньо впливає на весь процес роботи з нею, стає співучасником цього процесу.

Це, своєю чергою, знаходить вираження у багатоваріантності технологій, що задіяні у роботі з клієнтом, особливої значущості етичних

цінностей і принципів, що склалися у суспільстві, важливої ролі медичних працівників у процесі надання послуг.

Звідси впливає складність оцінки якості та необхідності надання медичних послуг і, відповідно, результатів діяльності медичних організацій загалом та праці їх співробітників. Це переважно визначає організацію управління у сфері охорони здоров'я.

По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг. Це означає, що, з одного боку, вони, крім безпосереднього ефекту для споживача, мають і суспільний, соціальний ефект, а з іншого – суспільство визнає важливість отримання громадянами медичних послуг та свою роль у їх забезпеченні медичним обслуговуванням.

Актуальність теми кваліфікаційної роботи обумовлюється тим, що в умовах інноваційної економіки існує гостра необхідність пошуку та застосування найбільш ефективного інструментарію стратегічного управління організаціями охорони здоров'я, що включає стратегічний аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища, управління ресурсним потенціалом, підходи до стратегічного планування та прогнозування.

Мета кваліфікаційного дослідження: розвиток управлінського інструментарію стратегічного управління організацій охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети було визначено та вирішено такі завдання:

- вивчити понятійний апарат та сучасні концепції управління на основі дослідження принципів стратегічного менеджменту організацій охорони здоров'я, уточнити поняття медичного стратегічного менеджменту;

- виявити та класифікувати фактори, що впливають на стратегічне управління організаціями охорони здоров'я; оцінити перспективи застосування лізингового та кредитного фінансування у процесі стратегічного управління організаціями охорони здоров'я, виявити та аргументувати найбільш ефективний тип фінансування, сформулювати його модель;

- дослідити стратегії організацій охорони здоров'я, запропонувати інструментарій щодо їх вибору;
- дослідити процесний підхід до управління організаціями охорони здоров'я та сформуванню алгоритм виділення бізнес-процесів у медичній організації;
- виявити алгоритм управління в організаціях охорони здоров'я з урахуванням трансакційних витрат та способів їх.

Об'єктом дослідження є організація охорони здоров'я як соціально-економічна система та закономірності її функціонування з урахуванням довкілля.

Предметом дослідження є система управління Комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в кваліфікаційній роботі комплексно досліджується інструментарій стратегічного управління організацій охорони здоров'я. Отримані результати дозволили вдосконалити управлінський інструментарій з урахуванням специфіки об'єкта, що досліджується, що зокрема може бути використано на Комунальному некомерційному підприємстві «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради для підвищення ефективності його діяльності.

За даними Державної служби статистики України, з 2012 по 2020 рік частка платних медичних послуг у загальній структурі платних послуг становила 4,7 – 4,9%. Обсяг споживання платних медичних послуг за ці роки зріс у 65 разів. 6,8% населення мають намір витратити кошти на комерційну медицину, при цьому 44% населення хотіли б купувати платні медичні послуги, але не мають фінансових та інших можливостей. Число медичних установ приватної форми власності за минулі 15 років зросло у 8 разів. Активне зростання комерційного сектору медичних послуг диктує

необхідність пошуку нових ефективних підходів до управління медичною організацією, які застосовуються для установ комерційної спрямованості.

Проте, і багато державних організацій охорони здоров'я вийшли на новий рівень розвитку та здатні запропонувати пацієнтам високу якість медичної допомоги.

В представленому кваліфікаційному дослідженні окрім теоретичних засадів поняття та змісту менеджменту системи охорони здоров'я, розглянуті актуальні питання:

- специфіки управління підприємством у сфері охорони здоров'я;
- моделі управління медичними закладами;
- фінансування підприємств системи охорони здоров'я та інші.

У другому розділі кваліфікаційної роботи проаналізовано систему менеджменту підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

На сьогодні обласна лікарня — це потужний спеціалізований лікувально-діагностичний заклад на 776 ліжок, з понад 30 структурними підрозділами, в яких працюють більше 1500 співробітників. Обласна лікарня має вищу акредитаційну категорію і є науково-практичною базою для 6 кафедр Запорізького державного медичного університету, 7 кафедр Запорізької медичної академії післядипломної освіти, Запорізького медичного училища. У спеціалізованих відділеннях лікарні щорічно отримують лікування понад 20 тисяч пацієнтів, виконують близько 8 тисяч оперативних втручань. Консультативна допомога надається 140 тис. пацієнтів щороку по 40 лікарськими напрямом.

Комунальне некомерційне підприємство «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради (далі – КНП «ЗОКЛ» ЗОР, Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинного, вторинного (спеціалізованої) та третинного рівня (високоспеціалізованої) медичної допомоги, неприбутковим підприємством.

Засновником, власником та органом управління майном Підприємства є Запорізька обласна рада (надалі – Засновник). Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику та за галузевою спрямованістю підвідомчим Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації.

Фонд оплати праці штатних працівників КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР за 2021 року склав 162 070,3 тис. грн.

Середньомісячний дохід штатних працівників склав 8 758,7 грн.

Ключовий управлінський персонал підприємства включає: директора; заступника директора з медичної частини; заступника директора з економічних питань; заступника директора з технічних питань; заступника директора з кадрів; заступника директора з медсестринства; заступника директора з поліклінічної роботи; заступника директора з фармацевтичного та технічного забезпечення; заступника директора з маркетингу; головного бухгалтера.

Чисельність штатних працівників на 31.12.2021 р. – 1 521 чол., із них жінок – 1255 особи (або 82%). Лікарів працює 339 осіб (з них 54 інтерна) (22%), молодших медичних спеціалістів 525 особа (34%), молодшого персоналу 389 осіб (24%), інших 250 осіб (20%) . Пенсіонерів 185 чоловік (12%) та інвалідів 72 чоловіка (5%). Зменшення чисельності штатних працівників у порівнянні з 2020 роком майже не відбулося. Чисельність лікарів-інтернів на кінець 2020 року – 38, на кінець 2021 року – 54 фізичних осіб.

Щорічно більшість працівників підприємства проходять навчання (підготовка, перепідготовка й підвищення кваліфікації). Так в 2021 році навчено 100% лікарського персоналу.

Кваліфікаційну категорію мають: вищу – 153 особи, що складає 53,7%; першу – 18 осіб, що складає 6,3%; другу – 17 осіб, що складає 6,0 %; спеціаліст – 93 особи, що складає 32,6%; лікар-стажист – 4 осіб , 1,4%.

Наукову ступінь кандидата медичних наук мають 34 лікаря, з них 10 осіб, які є керівниками структурних підрозділів.

Майно Запорізької обласної клінічної лікарні є спільною власністю територіальних громад, сіл, селищ, міст Запорізької області і закріплюється за ним на праві оперативного управління

Фактично статутний капітал лікарні було утворено в розмірі справедливої вартості основних засобів загальною сумою 477 931 049,00 гривень (Чотириста сімдесят сім мільйонів дев'ятсот тридцять одна тисяча сорок дев'ять гривень 00 коп.).

За досліджуваний період (2020-2021 роки) Підприємство не мало фінансових операцій з Запорізькою обласною радою, натомість сума отриманого фінансування за 2021 рік від Департаменту охорони здоров'я становила 349 942,8 тис. грн. (у порівнянні – за 10 місяців 2020 року склала 138 527,5 тис.грн.).

Внаслідок здійснення Російською Федерацією військової агресії на територію України 24 лютого 2022 року, підприємство розглянуло вплив перебігу війни на безперервність діяльності.

На думку підприємства, існуючі пом'якшувальні фактори, а саме територіальне розташування, відновлення роботи економіки в країні, стабільне фінансування за надані послуги з боку НСЗУ та державних органів вказують на те, що суттєва невизначеність щодо безперервності діяльності КНП «ЗОКЛ» ЗОР відсутня. Проте у зв'язку з продовженням бойових дій на території Запорізької області та неможливістю передбачити з достатньою вірогідністю остаточне врегулювання, підприємство ухвалило рішення надалі спостерігати за ситуацією та готове внести коригування до фінансової звітності, за необхідності, щойно зможе його оцінити.

У звітному періоді (за 2021 рік) Підприємство отримало збитки від здійснення статутної діяльності у розмірі 23 672 тис. грн.

Причиною виникнення збитків є недофінансування вартості послуг з медичного обслуговування внаслідок того, що тарифи програми медичних

гарантій, яка базується на розрахункових коефіцієнтах, не повністю враховують фактичні витрати медичних закладів.

За звітний період надано 78 781 консультацій вузьких спеціалістів (на 12,5% більше ніж в 2020), проліковано на 716 ліжках стаціонарних відділень 20 369 пацієнтів (на 14,2% більше ніж в 2020), виконано 9 788 операцій (на 18,5% більше ніж в 2020 році).

Основними джерелами забезпечення ліквідності на Підприємстві є оборотні активи, які забезпечують своєчасне виконання зобов'язань.

Основні фінансові зобов'язання Підприємства включають кредиторську заборгованість та інші короткострокові зобов'язання. Основна мета цих фінансових інструментів – забезпечити фінансування діяльності Підприємства. Підприємство має різні фінансові активи, які включають переважно запаси, дебіторську заборгованість, грошові кошти та їх еквіваленти, що виникають безпосередньо в ході господарської діяльності підприємства.

Коефіцієнт поточної ліквідності у 2021 році становив 1,33. Таке значення вказує на те, що в компанії досить ліквідних оборотних коштів для своєчасного розрахунку за зобов'язаннями.

Загалом, фінансовий аналіз підприємства за досліджуваний період відобразив суму збитків у вигляді суми зносу основних засобів і накопиченої амортизації нематеріальних активів у розмірі 95 624,0 тис. грн., які були отримані до моменту перетворення комунальної установи «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради у правонаступника Комунальне некомерційне підприємство «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради.

Зменшити такі суми збитку ми рекомендуємо шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету у вигляді дотації на покриття збитків відповідно до п. 1.2. розд. 3.1.3 Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у КПП від 14.02.2018.

На підставі розрахунків, представлених в Розділі 2 кваліфікаційного дослідження, можна зробити припущення стосовно функціонування підприємства у найближчому майбутньому.

У найближчому майбутньому підприємство продовжуватиме зазнавати вплив нестабільної економіки в країні.

Додатково 2022-2023 роки можна охарактеризувати, як період, який має багато показників ризиків, зокрема, прогнозування української економічної політики на внутрішньому ринку та для українських партнерів ускладнюють військова агресія Російської Федерації на території України та триваюча пандемія COVID-19, які призвели до значного економічного спаду в Україні, погіршення стану державних фінансів, волатильності фінансових ринків, неліквідності ринків капіталу, підвищення темпів інфляції, коливань національної валюти по відношенню до основних іноземних валют, втрат ринків збуту, зниження виробництва основних видів продукції, зокрема тієї, що становить основу експортного потенціалу України.

Крім того, заблоковані порти, нищиться транспортно-логістична, соціальна, маркетингова та інженерна інфраструктура цілих регіонів.

Відбувається відтік кадрів за кордон та їх часткова передислокація на захід держави.

Все це ставить під загрозу існування підприємства на безперервній основі. Та, незважаючи на існуючу невизначеність, підприємство планує продовжувати свою діяльність на безперервній основі.

В якості рекомендацій до підвищення ефективності менеджменту підприємств в системі охорони здоров'я розглянуто зокрема питання реструктуризації системи охорони здоров'я з метою її більшої орієнтації на первинну медико-санітарну допомогу.

В роботі наведено фактичні дані про переваги та недоліки зазначеного реструктурування, та рекомендовано впровадити відповідні механізми на базі досліджуваної установи – комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна лікарня» з урахуванням місцевих законодавчих

та адміністративних особливостей з метою підвищення ефективності управління та системи надання медичних послуг загалом.

Результати міжнародних досліджень вказують на наявність взаємозв'язку між рівнем розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги в країні та такими показниками здоров'я населення, як смертність від усіх причин, передчасна смертність від усіх причин та передчасна смертність від основних респіраторних та серцево-судинних захворювань.

Цей взаємозв'язок продовжує залишатися статистично значимим і після врахування різних детермінантів здоров'я населення, як на макрорівні (ВВП на душу населення, кількість лікарів на 1000 населення, відсоток людей похилого віку), так і на мікрорівні (середня кількість звернень до амбулаторних установ, рівень доходів на душу населення, споживання алкоголю та тютюну). Крім того, забезпечення більшої доступності первинної медико-санітарної допомоги підвищує рівень задоволеності пацієнтів та знижує сумарний обсяг витрат на медико-санітарну допомогу.

Таким чином, було зроблено висновок про необхідність нового підходу, при якому первинна допомога представлена в позитивному світлі, що дозволяє побачити, що вона достовірно забезпечує внесок у поліпшення здоров'я людей, а не тільки несе контрольні та ресурсозберігаючі функції. Оптимальну основу такого підходу надає всебічна та інтегрована модель, рекомендована ВООЗ. Цей оновлений підхід має поєднувати в собі інноваційний універсалізм та економічний реалізм, маючи на меті забезпечення допомоги кожному, але не щодо всіх без розбору медичних втручань. У будь-якому випадку, сфера, зміст та шляхи впровадження даної моделі повинні визначатися за результатами та за підтримки практичних досліджень.

Активна орієнтація системи охорони здоров'я на первинну допомогу сприяє покращенню показників здоров'я населення, більш повному забезпеченню принципів соціальної справедливості у доступі до медичних

послуг, більш адекватної утилізації ресурсів охорони здоров'я, підвищенню рівня задоволення та зниження витрат.

Також в роботі було запропоновано активне використання систематичних оглядів та мета-аналізів в управлінні охороною здоров'я та клінічній практиці для прийняття клінічних рішень, планування майбутніх досліджень та вироблення політики охорони здоров'я, тим самим посилюючи зв'язок між найбільш обґрунтованими результатами досліджень та оптимальною медичною допомогою.

Огляди медичних втручань показують, що лише 60-90% клінічних рішень ґрунтуються на доказовій медицині. Це означає, що 10-40% втручань науково не обґрунтовані і можуть нести потенційну небезпеку для хворих, що актуалізує питання активного використання систематичних оглядів та мета-аналізів в контексті питання підвищення ефективності управління підприємством в системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 22.10.2022)..
2. Басва О. В., Чебан В. І. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів : навчальний посібник. 2013. Ч. 1. 372 с.
3. Білинська М. М., Юрочко Т. П.. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навчальний посібник. Київ : НАДУ, 2017. 108 с.
4. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2011. № 720 «Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку». С. 357-364. URL: http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/14009/1/55_357-364_Vis_720_Menegment.pdf (дата звернення: 15.10.2022).
5. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олди-плюс, 2020. 391 с.
6. Васкес Абанто Х. Е. Охорона здоров'я та питання його фінансування. Газета «Новини медицини та формації». 2014. № 3(487). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/37965> (дата звернення: 15.10.2022).
7. Вимоги ПМГ 2020. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення: 20.10.2022).
8. Гушта О. В. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні. Фінанси України. 2009. № 3. С. 87-93.
9. Доскеева Г. Ж. Фінансовий менеджмент. Навчальний посібник. Алмати. 2002.
10. Ефективне управління медичними закладами (). Можливості МІС. 2017. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis> (дата звернення: 19.10.2022).

11. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. Полтава, 2017. 114 с.
12. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010-2014 роки. URL: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html> (дата звернення: 12.10.2022).
13. Зеленеви́ч В. Зарубі́жний досвід фінансування охорони здоров'я. URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 11.10.2022).
14. Зеленеви́ч В. О., Кузьмін А. І. Зарубі́жний досвід фінансування охорони здоров'я. XIV Міжнародна наукова інтернет-конференція «ADVANCED TECHNOLOGIES OF SCIENCE AND EDUCATION». URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 16.10.2022).
15. Клименко М. О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. Чернігівський науковий часопис Чернігівського державного інституту економіки і управління. Серія 1: Економіка і управління. 2017. № 1. С. 104-112.
16. Комунальне некомерційне підприємство «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради. Офіційний сайт. URL: <https://zokb.org.ua/pro-nas/?lang=uk> (дата звернення: 15.10.2022)
17. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 17.10.2022).
18. Корнацька Р. М. Медична послуга в контексті суспільних благ. Ринок цінних паперів України. 2010. №1-2. С. 3-10.
19. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації. [дис. ... д-ра наук., Національна академія державного управління при Президентові України]. 2008.

20. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти. URL: <http://www.vlc.net.ua/PUBLIK/Mono59.htm> (дата звернення: 11.10.2022).
21. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії, 2016. №6, с.75-79.
22. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток, 2018. № 11. URL: <http://www.dy.pauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 19.10.2022)..
23. Менеджмент в охороні здоров'я : Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / за ред. С. Шортела та А. Калюжного. Київ : Основа. 1998. 560 с.
24. Менеджмент у фармації / О. Є. Кузьмін, Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк та ін. Вінниця : НОВА КНИГА, 2005. 559 с.
25. Мних М. В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні. Держава і економіка. 2008. №11. С. 39-41.
26. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Проблеми і перспективи економіки та управління, 2019. №4 (20), с. 170-175.
27. Норд Г. Л. Методичні рекомендації з дисципліни «Менеджмент в сфері охорони здоров'я» для студентів спеціальності 073 «Менеджмент» : методичні рекомендації / Г. Л. Норд, Ю. О. Стоян, Л. С. Дранус. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. 32 с. (Методична серія ; вип. 351).
28. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 17.10.2022).

29. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навчальний посібник / Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко. Донецьк : РВВ ДНУ, 2012. 64с.

30. Охорона здоров'я. Інститут економічних досліджень і політичних консультацій. URL: http://www.ier.com.ua/ua/areas_of_research/population_welfare (дата звернення: 19.10.2022).

31. Приходько О. Фінансування охорони здоров'я. URL: http://dt.ua/health/finansovi_nedugi_ohoroni_zdorovya-html (дата звернення: 11.10.2022).

32. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 17.10.2022).

33. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n10> (дата звернення: 17.10.2022).

34. Ріфат А. Які переваги та недоліки реструктурування системи охорони здоров'я з метою її більшої орієнтації на служби первинної медико-санітарної допомоги? Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ. URL: <https://www.who.int/europe/home?v=welcome> (дата звернення: 14.10.2022).

35. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. (2020). Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. Ефективна економіка, № 5. doi: 10.32702/2307-2105-2020.5.88.

36. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2014. № 10. С. 149-162. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nv_2014_10_16 (дата звернення: 14.10.2022)..

37. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком, 2016. № 3, с. 78-83.
38. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду). URL: <http://www.regnum.ru/news/897009.html> (дата звернення: 12.10.2022).
39. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. 2019. Серія: Економіка та підприємництво, № 3, с. 160-166.
40. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf (дата звернення: 15.10.2022).
41. Фігуерас Дж., МакКі М., Лессоф Сю, Дюран А., Менабд Н. Системи охорони здоров'я, здоров'я та благополуччя: оцінка аргументів на користь інвестування до системи охорони . Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest> (дата звернення: 19.10.2022).
42. Фінансовий менеджмент : навч. посіб. Львів : «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2017. 236 с.
43. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2018. № 4, с.168-180.
44. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід, 2018. № 22, с. 116-121.
45. About the UHF. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2019. URL: <https://www.unocha.org/ukraine/about-uhf> (дата звернення: 16.10.2022)

46. Bredenkamp C, Dale E, Doroshenko O, Dzhygyr Y, Habicht J, Hawkins L et al. Ukraine health financing reform progress and future directions. Washington (DC): World Bank; 2021. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf> (дата звернення: 15.10.2022)
47. Country-based pooled funds: 2020 in review. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2020. URL: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/CBPFs%202020%20in%20review_20210706.pdf (дата звернення: 18.10.2022)
48. Development policy financing (DPF). Washington (DC): World Bank; 2022. URL: <https://www.worldbank.org/en/what-we-do/products-and-services/financing-instruments/development-policy-financing> (дата звернення: 15.10.2022)
49. Donor contributions. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2021. URL: <https://www.unocha.org/ukraine/donor-contributions> (дата звернення: 15.10.2022).
50. Goroshko A, Shapoval N, Lai T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665> (дата звернення: 15.10.2022)
51. Jowett M, Dale E, Griekspoor A, Kabaniha G, Mataria A, Bertone M et al. Synthesis of evidence and policy recommendations: health financing policy and implementation in fragile and conflict-affected settings. Geneva: World Health Organization; 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331654> (дата звернення: 16.10.2022)
52. Kurt Darr, Michael Nowicki Managing Health Services Organizations and Systems / Kurt Darr. – Health Professions Press, Inc., 2021. – 720 с.

53. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine: consultation draft: May 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. URL: (<https://www.euro.who.int/0005/538376/Ukrainehealth-system-rec-consult-eng.pdf> (дата звернення: 19.10.2022)).

54. The World Bank/World Health Organization. Health Overview. URL: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/topic/health/overview> (дата звернення: 14.10.2022).

55. Trust fund annual report: toward greater resilience 2021. Washington (DC): World Bank; 2021. URL: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/44c24bb3> (дата звернення: 15.10.2022)

56. Ukraine flash appeal (March–August 2022). New York: OCHA ReliefWeb; 2022. URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-flash-appeal-march-august-2022-enruuk> (дата звернення: 18.10.2022).

57. Ukraine. In: Health cluster [online database]. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: <https://healthcluster.who.int/countries-and-regions/Ukraine> (дата звернення: 19.10.2022).

58. Ukraine: internal displacement report; general population survey round 4 (29 April–3 May 2022). Geneva: International Organization for Migration; 2022. URL: <https://displacement.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-generalpopulation-survey-round-4-29-april-3-may-2022> (дата звернення: 18.10.2022)

59. Witter S, Bertone M, Dale E, Jowett M. Health financing in fragile and conflictaffected situations: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (Health Financing Working Paper 13). URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331658> (дата звернення: 18.10.2022)

60. World Bank mobilizes an emergency financing package of over \$700 million for Ukraine. Washington (DC): World Bank; 2022. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/03/07/> (дата звернення: 15.10.2022)