

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

Магістр

(назва освітнього ступеня)

на тему: Дослідження вітчизняного та європейського досвіду
модернізації публічного управління у медичних закладах,
на прикладі Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Виконала: студентка 6 курсу, групи БАмд-61

спеціальності 281 – Публічне управління та

адміністрування

(шифр і назва спеціальності)

Гаплик Г.П.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник Сороківська О.А.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль Мосій О.Б.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Завідувач кафедри Сороківська О.А.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Рецензент Завідна Л.Д.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Тернопіль

2024

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя

Факультет _____ Економіки та менеджменту
(повна назва факультету)

Кафедра _____ Менеджменту та адміністрування
(повна назва кафедри)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

(підпис) Сороківська О.А.
(прізвище та ініціали)
« » 2024 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

на здобуття освітнього ступеня _____ Магістр
(назва освітнього ступеня)

за спеціальністю _____ 281 – Публічне управління та адміністрування
(шифр і назва спеціальності)

студенту _____ Гаплик Ганні Петрівні
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи _____ Дослідження вітчизняного та європейського досвіду
_____ модернізації публічного управління у медичних закладах,
_____ на прикладі Комунального некомерційного підприємства
_____ «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Керівник роботи _____ Сороківська Олена Анатоліївна, д.е.н., професор
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Затверджені наказом ректора від « 12 » вересня 2024 року № 4/7-918

2. Термін подання студентом завершеної роботи: _____ 6 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до роботи _____ Фінансова звітність медичної установи, статут, організаційна
структура управління, штатний розпис, звітність для НЗСУ.

4. Зміст роботи (перелік питань, які потрібно розробити)

Розділ 1. Теоретичні засади модернізації публічного управління в медичних закладах.

Розділ 2. Сучасний стан та особливості функціонування системи публічного управління
Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої
допомоги». Розділ 3. Шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації
публічного управління медичним закладом Розділ 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних
ситуаціях.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень, слайдів)

1. Основні види міжнародної підтримки та допомоги у реформуванні сфери надання медичних
послуг. 2. Організаційна структура управління КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня
швидкої допомоги». 3. Структура активів і пасивів КНП «Тернопільська міська комунальна
лікарня швидкої допомоги». 4. Собівартість продукції та фінансові результати діяльності КНП
«Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». 5. Структура доходів КНП
«Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» установи у 2022 році.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Охорона праці	Шерстюк Р.П., д.е.н., доцент		
Безпека у надзвичайних ситуаціях	Стручок В.С., старший викладач		

7. Дата видачі завдання 9 червня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Теоретичні засади модернізації публічного управління у медичних закладах	Вересень 2024	Виконано
1.1	Основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення	Вересень 2024	Виконано
1.2	Дослідження зарубіжного досвіду модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг	Вересень 2024	Виконано
1.3	Міжнародна співпраця України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери	Вересень 2024	Виконано
2	Сучасний стан та особливості функціонування системи публічного управління КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	Жовтень 2024	Виконано
2.1	Загальна характеристика та аналіз організаційної структури управління лікарні	Жовтень 2024	Виконано
2.2	Аналіз фінансово-матеріального забезпечення діяльності	Жовтень 2024	Виконано
2.3	Дослідження процесів модернізації лікувального закладу	Жовтень 2024	Виконано
3	Шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління медичним закладом	Листопад 2024	Виконано
3.1	Обґрунтування доцільності залучення матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності лікарні	Листопад 2024	Виконано
3.2	Упровадження технологій штучного інтелекту в управлінські процеси медичного закладу	Листопад 2024	Виконано
3.3	Підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності закладу охорони здоров'я	Листопад 2024	Виконано
4	Охорона праці та безпека у надзвичайних ситуаціях	Листопад 2024	Виконано
4.1	Дослідження системи охорони праці лікарні	Листопад 2024	Виконано
4.2	Створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру	Листопад – грудень 2024	Виконано
	Висновки та пропозиції	Листопад – грудень 2024	Виконано
	Бібліографія	Грудень 2024	Виконано

Студент

Гаплик Г.П.

Керівник роботи

Сороківська О.А.

АНОТАЦІЯ

Гаплик Г.П. Дослідження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління у медичних закладах, на прикладі **Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».**

Кваліфікаційна робота магістра: 107 сторінок, 23 рисунки, 15 таблиць, 31 літературне джерело.

Об'єкт дослідження – процес модернізації публічного управління у медичній сфері.

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади впровадження європейського та вітчизняного досвіду модернізації публічного управління у діяльність медичного закладу.

Метою кваліфікаційної роботи магістра є дослідження теоретичних засад і практичних аспектів вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління у медичному закладі.

Методи дослідження – анкетування, порівняльний аналіз, системний підхід, методи узагальнення та економіко-статистичний аналіз.

Розроблені рекомендації спрямовані на обґрунтування доцільності залучення матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності лікарні, упровадження технологій штучного інтелекту в управлінські процеси медичного закладу, підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності закладу охорони здоров'я.

Результати дослідження можуть бути впроваджені у діяльність Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» та використані іншими медичними установами для підвищення ефективності управління.

Ключові слова: зарубіжний досвід, модернізація, реформування системи охорони здоров'я, лікарня швидкої допомоги.

SUMMARY

Haplyk H.P. Study of national and European experience of public management modernization in medical institutions (Municipal non-commercial enterprise “Ternopil city municipal emergency hospital” as a case study).

Master Paper: 107 pages, 23 figures, 15 tables, 31 references.

The object of research is the process of modernization of public administration in the medical field.

The subject of research is the theoretical and applied principles of implementing European and domestic experience of modernization of public administration in the activities of a medical institution.

The purpose of the master’s qualification work is to study the theoretical principles and practical aspects of domestic and European experience of modernization of public administration in a medical institution.

The research methods: questionnaire survey, comparative analysis, systematic approach, generalisation methods and economic and statistical analysis.

The developed recommendations are aimed at substantiating the feasibility of attracting logistical assistance to improve hospital operations, introducing artificial intelligence technologies into the management processes of a medical institution, and increasing the effectiveness of a patient-centered approach in the activities of a healthcare institution.

The results of the study can be implemented into the activities of the Municipal non-commercial enterprise “Ternopil city municipal emergency hospital” and used by other medical institutions to improve management efficiency.

Keywords: foreign experience, modernization, reform of the healthcare system, emergency hospital.

ЗМІСТ

Вступ	8
Розділ 1. Теоретичні засади модернізації публічного управління у медичних закладах	10
1.1 Основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення	10
1.2 Дослідження зарубіжного досвіду модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг	18
1.3 Міжнародна співпраця України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери	25
Розділ 2. Сучасний стан та особливості функціонування системи публічного управління Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	32
2.1 Загальна характеристика та аналіз організаційної структури управління Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	32
2.2 Аналіз фінансово-матеріального забезпечення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	39
2.3 Дослідження процесів модернізації лікувального закладу	49
Розділ 3. Шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління медичним закладом	56
3.1 Обґрунтування доцільності залучення матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».....	56
3.2 Упровадження технологій штучного інтелекту в управлінські процеси медичного закладу	66

3.3 Підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	80
Розділ 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях	87
4.1 Дослідження системи охорони праці комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	87
4.2 Створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру	92
Висновки та пропозиції	102
Бібліографія	104

ВСТУП

Європейський досвід модернізації публічного управління в медичних закладах є важливим для покращення якості надання медичних послуг. Європейські країни використовують пацієнтоцентричний підхід, який дозволяє адаптувати медичну допомогу до потреб кожної людини, що підвищує рівень задоволеності пацієнтів. Впровадження сучасних цифрових технологій, таких як електронні медичні картки та телемедицина, забезпечує оперативність та точність роботи медичних закладів.

Цей досвід також сприяє ефективному використанню ресурсів завдяки програмному бюджетуванню та прозорим механізмам фінансування. Європейські моделі управління забезпечують високий рівень прозорості та підзвітності, що сприяє зменшенню корупції та підвищенню довіри до системи охорони здоров'я. Інтеграція з міжнародними стандартами дозволяє гармонізувати національну систему з вимогами ВООЗ та ЄС, сприяючи розвитку співпраці та доступу до міжнародної підтримки.

Соціальна справедливість, яка є основою європейських систем охорони здоров'я, гарантує рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу. Завдяки децентралізації управління медичні заклади отримують більше автономії, що дозволяє їм краще реагувати на потреби громад і ефективніше вирішувати локальні завдання. Європейський досвід модернізації є ключовим елементом для створення стійкої, інноваційної та орієнтованої на громадян системи охорони здоров'я в Україні.

Саме тому метою кваліфікаційної роботи магістра є дослідження теоретичних засад і практичних аспектів вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління у медичному закладі.

Визначена мета дослідження передбачає виконання таких завдань:

- дослідити теоретичні засади модернізації публічного управління у медичних закладах;

- виокремити основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення;

- дослідити зарубіжний досвід модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг;

- провести аналіз міжнародної співпраці України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери;

- проаналізувати сучасний стан та особливості функціонування системи публічного управління Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»;

- провести загальну характеристику та аналіз організаційної структури управління Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»;

- дослідити процеси модернізації лікувального закладу;

- розробити шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління медичним закладом.

Об'єкт дослідження – процес модернізації публічного управління у медичній сфері. Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади впровадження європейського та вітчизняного досвіду модернізації публічного управління у діяльність медичного закладу.

За темою кваліфікаційної роботи магістра опубліковано тези доповіді у матеріалах Всеукраїнської науково-практичної конференції «Економіка країни в умовах глобальних викликів: наукові підходи та практика реалізації», 6 вересня 2024 року, м. Одеса.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

1.1 Основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення

Питання реформування системи охорони здоров'я в Україні залишається актуальним і давно обговорюваним, особливо в умовах соціальних та економічних змін. Основна причина актуальності цієї теми – незадоволеність більшості громадян наявною системою охорони здоров'я. Адже для успішного проведення медичної реформи в Україні необхідно: створення політики, яка ґрунтується на комплексній, виваженій і узгодженій стратегії; розробка відповідного нормативно-правового забезпечення, яке відповідає конституційним нормам; упровадження сучасних управлінських підходів, таких як управління змінами та проектний підхід; постійний моніторинг і оцінка для оперативного реагування на виклики та ризики під час реформування, а також належна підготовка керівників і працівників фінансово-економічних підрозділів закладів охорони здоров'я до роботи в нових умовах.

Забезпечення права людини на якісне медичне обслуговування вимагає від державної політики України орієнтації на реформування існуючої системи охорони здоров'я та побудову ефективної національної моделі. Досягненню цієї мети сприятиме вивчення досвіду організації медичної сфери в країнах, де системи охорони здоров'я визнані успішними. Занепад системи охорони здоров'я Семашка (фінансування медичної інфраструктури з бюджету) в Україні відкриває унікальну можливість для нашої держави створити нову модель, засновану на сучасних досягненнях та позитивному досвіді організації охорони здоров'я на міжнародному рівні.

У всіх пострадянських країнах, включаючи Україну, відбулися реформи в системах охорони здоров'я, які торкнулися організації, фінансування та надання медичних послуг. Дослідження, проведене Європейським регіональним бюро ВООЗ та Європейською обсерваторією з систем і політики охорони здоров'я, проаналізувало процеси трансформацій, що тривали протягом двох десятиліть у 12-ти пострадянських країнах (Вірменії, Азербайджані, Білорусі, Грузії, Казахстані, Киргизстані, Молдові, Таджикистані, Туркменістані, Україні та Узбекистані). Встановлено, що хоча трансформації відбувалися в усіх цих країнах, темпи, зміст і результати змін у кожній із них суттєво відрізнялися [1, с. 5]. Враховуючи ці висновки, погодимося з науковцями та розглянемо їхні підходи до реформування системи охорони здоров'я в Україні за наступними етапами: 1) 1991 – 2000 роки; 2) 2000 – 2010 роки; 3) 2010 – 2013 роки; 4) з 2014 року і до сьогодні (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Періодизація процесів реформування системи охорони здоров'я України [1]

Сутність періоду	Коротка характеристика змін
1	2
1991 – 2000 роки	
У перше десятиліття після здобуття незалежності майже не відбувалося реформ у системі охорони здоров'я	Зусилля уряду України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) як центрального органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я були спрямовані на запобігання краху існуючої системи охорони здоров'я та забезпечення мінімального рівня соціальних гарантій у наданні медичної допомоги
2000 – 2010 роки	
Визначення ключових напрямків та механізмів реформування системи медичного обслуговування.	1) Пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (введення добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових організацій для добровільної солідарної участі населення в додатковому фінансуванні охорони здоров'я);

Продовження таблиці 1.1

1	2
	2) упровадження нових фінансових моделей для первинної медичної допомоги. 3) надання більшої самостійності медичним закладам; 4) сучасні зміни в організації надання медичної допомоги, зокрема перехід до сімейної медицини на первинному рівні; 5) еволюція форм медичної допомоги, що замінюють стаціонарне лікування.; 6) регіоналізація акушерської допомоги та набір заходів, спрямованих на підвищення якості медичних послуг.
2010 – 2013 роки	
Впровадження великої реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах.	Втілені пілотні проекти з комплексної реформи системи охорони здоров'я, серед яких найбільш ефективні: 1) визначення меж між первинною та вторинною медичною допомогою, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на основі загальної практики – сімейної медицини, а також створення центрів первинної медичної санітарної допомоги з розвинутою мережею амбулаторій у міських та сільських районах; 2) консолідація фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної медичної допомоги на регіональному рівні; 3) введення системи маршрутизації пацієнтів до медичних закладів, що відповідають ступеню важкості та складності їхніх захворювань, а також організація лікарень інтенсивної терапії як основних установ у госпітальних округах; 4) запровадження системи оплати праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи; 5) введення державного регулювання цін на медикаменти для лікування осіб з гіпертонічною хворобою шляхом застосування порівняльних (референтних) цін і системи реімбурсації.
2014 р. і дотепер	
комплексне реформування системи охорони здоров'я почалося після певної паузи, зумовленої потребою нового уряду у розробці підходів до реформування цієї сфери.	1) система державного регулювання цін на лікарські засоби була вдосконалена шляхом розширення спектра захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму та цукровий діабет другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації — повного або часткового відшкодування вартості ліків; 2) введено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції; 3) уряд дозволив фінансування закладів охорони здоров'я з державного та місцевого бюджетів одночасно, а також з різних джерел бюджетного фінансування; 4) введення державного гарантованого пакету медичних послуг;

Продовження таблиці 1.1

1	2
	5) консолідація бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні з установленням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; 6) перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на основі договорів; 7) автономізація постачальників медичних послуг, у результаті якої більшість з них отримала статус некомерційних медичних підприємств, а також впровадження електронної системи охорони здоров'я.

Викладений підхід до періодизації реформування системи охорони здоров'я України свідчить про те, що реформи впливали на окремі аспекти публічного управління медичною галуззю, зокрема:

- організація медичної допомоги включає: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, маршрутизацію пацієнтів, розробку державного гарантованого пакета медичних послуг, впровадження системи забезпечення ліками, формування стаціонарозамінювальних форм медичної допомоги та інші аспекти;

- організація управління закладами охорони здоров'я передбачає: автоматизацію постачальників медичних послуг, запровадження оплати праці залежно від обсягу та якості роботи, а також стратегічну закупівлю медичних послуг на договірних засадах;

- фінансування системи охорони здоров'я охоплює: запровадження нових методів фінансування, впровадження страхової медицини та цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції;

- регулювання системи охорони здоров'я здійснюється через механізми державного регулювання цін на лікарські засоби.

Пропонуємо виділити чотири етапи реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні, по кожному з яких виділимо сукупність нормативно-правових актів та дамо їх коротку характеристику (табл. 1.2).

Отже, основними напрямками реформування медичної сфери є: перетворення первинної медико-санітарної допомоги, автоматизація постачальників медичних послуг, впровадження соціального медичного страхування, а також стандартизація та акредитація медичних закладів.

Таблиця 1.2 – Законодавче забезпечення модернізації системи охорони здоров'я України

Часовий період змін	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1	2	3
1991 – 1999 роки	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2]; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» [3]	Визначення правових, організаційних, економічних і соціальних основ охорони здоров'я в Україні.
2000 – 2007 роки	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [4]; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» [5]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [6]; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Започаткування інституту сімейного лікаря, боротьба з найпоширенішими та серйозними захворюваннями, поліпшення медичного обслуговування, спроби впровадження страхової медицини, реалізація стандартів лікування на основі доказової медицини, а також розвиток недержавного медичного сектора.

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
2008 – 2014 роки	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр.; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [7]	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних установ.
2015 – 2020 роки	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки [8]; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [7] (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Впровадження нових форм фінансування медичних установ та оплати праці медичних працівників. Введення гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичних послуг. Реалізація принципу «гроші слідують за пацієнтом». Впровадження соціального медичного страхування. Розвиток сучасної системи управління медичною інформацією.

Таким чином, кожен етап реформування системи охорони здоров'я відзначається змінами в таких складових:

– економічний – визначаються напрямки фінансування державної системи охорони здоров'я та формування системи оплати приватних медичних послуг, зокрема через страхування;

– соціальний – окреслюються напрямки розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формуються шляхи надання медичної допомоги всім верствам населення, незалежно від соціального статусу, місця проживання тощо;

– правовий – встановлюються напрямки правового регулювання функціонування державних закладів охорони здоров'я та ринку приватної медицини в усіх галузях медицини;

– організаційний – визначає порядок надання медичної допомоги на всіх рівнях (первинна, вторинна, третинна) та напрямки організації системи фінансування медичних послуг.

Вітчизняні науковці В. Лехан, Л. Крячкова та М. Заявський [10], досліджуючи стратегію розвитку охорони здоров'я в Україні, запропонували наступні етапи реформування (табл. 1.3):

Таблиця 1.3 – Опис етапів реформування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я незалежної України.

Часовий період	Назва етапу	Характеристика змін у системі публічного управління
1	2	3
1991–1994 роки	Переорієнтація	Значно скоротилася управлінська вертикаль, а управлінські посади не завжди обіймали особи, які мали достатню компетенцію в управлінні, економіці, праві та психології. Як наслідок, спостерігається зростання соціального напруження в галузі, відтік кадрів, а також погіршення якості медичної допомоги і соціально-економічного та правового захисту медичних працівників.
1995–1998 роки	Перехідний	На фоні зниження основних демографічних показників, зростання захворюваності на деякі соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД) та низьких загальних показників здоров'я населення спостерігалася певна стабілізація політичної та соціально-економічної ситуації в країні, зокрема в галузі охорони здоров'я. Таким чином, з'явилися перші ознаки ринкової економіки (виникло конкурентне середовище; зникнув тотальний дефіцит медичних послуг, лікарських засобів та медичної техніки; втратило актуальність детальне централізоване планування охорони здоров'я). Було прийнято основні закони в галузі охорони здоров'я, а також протокольнo затверджено Кабінетом Міністрів України у 1997 році Концепцію реформування галузі, яка визначала основні напрямки державної політики в сфері охорони здоров'я. Крім того, фінансувалися цільові науково-дослідні роботи та налагоджувалися міжнародні зв'язки для вирішення проблем охорони здоров'я і надання медичної допомоги в рамках програм «TACIS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо.

Продовження таблиці 1.3

1	2	3
Із 1999 року	Умовно ринковий	Період реформ у сфері охорони здоров'я можна вважати відносно ринковим, оскільки він характеризується розробкою державної концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, визначенням необхідності переходу до науково обґрунтованих моделей управління, формулюванням загальної державної політики в сфері охорони здоров'я населення, а також перспективними напрямками організації медичної допомоги — впровадженням сімейної медицини та медичного страхування.

I етап – підготовчий – 2010–2012 роки:

- 1) забезпечення законодавчої та нормативної бази для реформи;
- 2) розробка планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я місцевими органами влади всіх рівнів за участю громадськості та організаційно-методичної підтримки МОЗ, з урахуванням потреб населення в медичній допомозі різних рівнів (первинній, вторинній, третинній);
- 3) ініціатива МОЗ щодо створення незалежної структури для оцінки відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам (агентства з акредитації та ліцензування);
- 4) створення Всеукраїнського реєстру пацієнтів;
- 5) заснування Фонду медичного страхування та його територіальних відділень, а також забезпечення їх необхідним устаткуванням і спеціалістами;
- 6) проведення апробації запропонованих змін у пілотних регіонах.

II етап – 2013–2018 роки – реалізація реформування системи охорони здоров'я:

- 1) проведення структурної реорганізації системи медичного обслуговування;
- 2) перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг;
- 3) впровадження нових форм фінансування медичних установ;
- 4) введення нових систем оплати праці медичного персоналу;
- 5) реалізація комплексу заходів для підвищення доступності ліків та забезпечення їхньої якості;

6) завершення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги;

7) запровадження соціального медичного страхування [8].

У рамках зазначених етапів автори розробили стратегію, яка передбачала такі напрямки вдосконалення системи охорони здоров'я:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;
- формування структури надання медичної допомоги в сільській місцевості;
- створення госпітальних округів;
- розробка структури вторинної медичної допомоги;
- розвиток лікарень різних типів;
- розвиток відомчої та приватної медицини, запровадження договірних відносин у закупівлі медичних послуг;
- вдосконалення системи управління закладами охорони здоров'я.

Таким чином, на основі проведеного дослідження ми визначили етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні та окреслили напрямки для вдосконалення сфери надання медичних послуг. Вважаємо, що для реалізації ефективних систем охорони здоров'я необхідно на державному рівні визначити стратегічні напрямки розвитку цієї галузі з обмеженням впливу політичних змін. Це забезпечить повну реалізацію стратегії розвитку системи публічного управління в медичній сфері та допоможе уникнути фрагментарних реформ.

1.2 Дослідження зарубіжного досвіду модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг

Сучасна парадигма глобального економічного розвитку та соціального прогресу відображає реалізацію основного права людини на життя і здоров'я, а отже, на отримання якісної медичної допомоги. У зв'язку з цим аналіз

національних моделей стає дедалі важливішим для організації систем медичної допомоги, що сформовані в різних країнах світу.

Сьогодні більшість країн стикається з серйозними проблемами в сфері охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними та епідеміологічними змінами, соціально-економічною нерівністю, браком ресурсів, технологічним розвитком та зростанням потреб населення. Ці проблеми стають особливо актуальними в умовах економічної кризи. Тому експерти ВООЗ співпрацюють з представниками європейського сектору охорони здоров'я, закликаючи керівництво країн реалізувати програми збереження здоров'я та забезпечення доступності послуг під час економічних труднощів. Світове співтовариство намагається об'єднати зусилля для вирішення глобальних проблем та прогнозування майбутнього людства, щоб уникнути загроз для його існування.

Глобальні проблеми торкаються життєвих інтересів усього населення, мають всесвітній характер і вимагають рішень, які сприятимуть подальшому суспільному прогресу. Це питання природного, науково-технічного та суспільно-політичного характеру, які потребують спільних зусиль людства, а не вирішення на місцевому чи регіональному рівні. В Україні публічне управління в сфері охорони здоров'я є одним із найактуальніших пріоритетів для забезпечення збереження, функціонування та розвитку суспільства. Ця діяльність має соціальну значущість і є важливою для вищих посадових осіб, державних діячів, політиків, громадських активістів, медичних працівників, науковців та професійних громадських організацій. Вивчення та запозичення кращих світових практик сприятиме успішним реформам системи охорони здоров'я в Україні.

Трансформацію системи охорони здоров'я визнано однією з пріоритетних реформ, оскільки сучасний стан політики щодо збереження здоров'я нації стикається з низкою проблем, які потребують значної уваги. Основні виклики для сфери охорони здоров'я включають повномасштабне вторгнення агресора на територію України, глобальну пандемію COVID-19, а

також зростання медичних, соціальних та демографічних проблем в умовах обмежених фінансових ресурсів, що підкреслює необхідність ефективного публічного управління в цій сфері. Важливим є вивчення сучасного світового досвіду функціонування систем охорони здоров'я, їх розвитку та вдосконалення для обґрунтування реформаторських змін в Україні.

Основне завдання політичного керівництва всіх держав полягає в забезпеченні конституційних прав громадян і збалансованому фінансуванні охорони здоров'я в умовах обмежених фінансових ресурсів. Тому ми проведемо аналіз систем охорони здоров'я провідних країн світу. Уряди багатьох країн Європейського регіону ВООЗ постійно аналізують свої системи охорони здоров'я, оцінюючи ефективність сучасних підходів до фінансування організації та надання медичної допомоги. Водночас модернізація системи охорони здоров'я є нормативною, економічною та організаційною діяльністю. Оцінка заходів щодо трансформації системи охорони здоров'я не лише зосереджена на короткостроковій економії державного бюджету, а й на їх здатності поліпшувати здоров'я всього населення. Ці нормативні підходи є важливими як для реформування охорони здоров'я в Україні, так і для інших країн. Кожна країна має свою історію розвитку системи охорони здоров'я, і аналіз цього середовища враховує політичний компонент. Таким чином, важливо виділити потенціал системи, а також ризики та загрози, з якими вона може зіткнутися тепер і в майбутньому. У розвинених країнах існує практика, коли обсяги фінансування відповідають основному споживанню ресурсів охорони здоров'я для надання медичних послуг. У країнах із середнім рівнем доходу система охорони здоров'я об'єднує кілька типів моделей. Проте кожна країна вносить системні зміни у розвиток своєї охорони здоров'я. Зазначимо, що найпоширенішим є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я: державна система, страхова медицина та змішана (табл. 1.4).

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг і включати широкий спектр медичних послуг, які сприяють ефективному виконанню поставлених завдань.

У цьому контексті фінансове забезпечення охорони здоров'я є складовою фінансового механізму, що визначає принципи, джерела та форми фінансування суб'єктів господарювання, які займаються захистом, збереженням і зміцненням здоров'я (рис. 1.1).

Таблиця 1.4 – Загальна характеристика систем охорони здоров'я різних країн світу [15]

Опис системи надання медичних послуг	Джерело фінансування медичних послуг	Обсяг витрат на систему надання медичних послуг, у відсотках від ВВП країни (за даними на 1 січня 2024 року)
1	2	3
Фінляндія		
Медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві системи є універсальними і фінансуються переважно за рахунок податків. Планування національної системи та загальне управління нею здійснюється Міністерством соціальної допомоги та охорони здоров'я (МСДОЗ).	Медичне страхування	9,2
Франція		
Франція має складну комбінацію приватного та державного секторів у фінансуванні та наданні медичної допомоги. Система заснована на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка значною мірою доповнюється добровільним страхуванням. Охорона здоров'я у Франції в основному регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. Міністерства соціальних справ та охорони здоров'я є основними установами, які відповідають за політику в сфері охорони здоров'я на національному рівні.	Медичне страхування	11,3

Продовження таблиці 1.4

1	2	3
Німеччина		
Організація та фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині ґрунтуються на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежується розробкою законодавчої бази, в рамках якої надаються медичні послуги, тоді як основні виконавчі функції виконують адміністрації окремих земель. Федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, під яким діють органи наукової експертизи.	Медичне страхування	11,2
Нідерланди		
Міністерство громадського здоров'я, добробуту та спорту є основним органом, відповідальним за розробку та виконання політики в галузі охорони здоров'я. Також до його компетенції входить програма соціального страхування.	Медичне страхування	10,1
Велика Британія		
Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії є найвідомішою універсальною системою медичної допомоги. Це державна система, що фінансується переважно за рахунок податків. Послуги доступні для всіх верств населення і, як правило, надаються безкоштовно. Оплата за послуги в рамках НСОЗ не стягується, за винятком випадків, коли пацієнту потрібні особливі умови або додаткове лікування, яке не є клінічно необхідним.	Державне фінансування	9,6
Італія		
Національна служба охорони здоров'я Італії (НСОЗ) була створена в 1978 році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які в основному надаються безкоштовно. Італійська система охорони здоров'я є значно більш децентралізованою порівняно з її англійським аналогом. Вона має високу фрагментацію через часті зміни уряду та недостатню координацію на центральному рівні. Медичні послуги в Італії не досягають середнього рівня, характерного для ЄС. Управління системою є дуже бюрократизованим і складається з трьох рівнів: державного, регіонального та місцевого.	Фінансування з державного бюджету	8,8

Продовження таблиці 1.4

1	2	3
США		
Система охорони здоров'я в США не є універсальною; вона складається з фрагментованих систем і програм, які фінансуються як державними, так і приватними коштами. Американці, які мають страховку, охоплені як державним, так і приватним медичним страхуванням, причому більшість з них отримує покриття через приватні страхові плани, запропоновані їхніми роботодавцями. Державні програми, такі як Medicaid та Medicare, надають медичну допомогу деяким вразливим групам населення.	Комбіноване фінансування	17,1

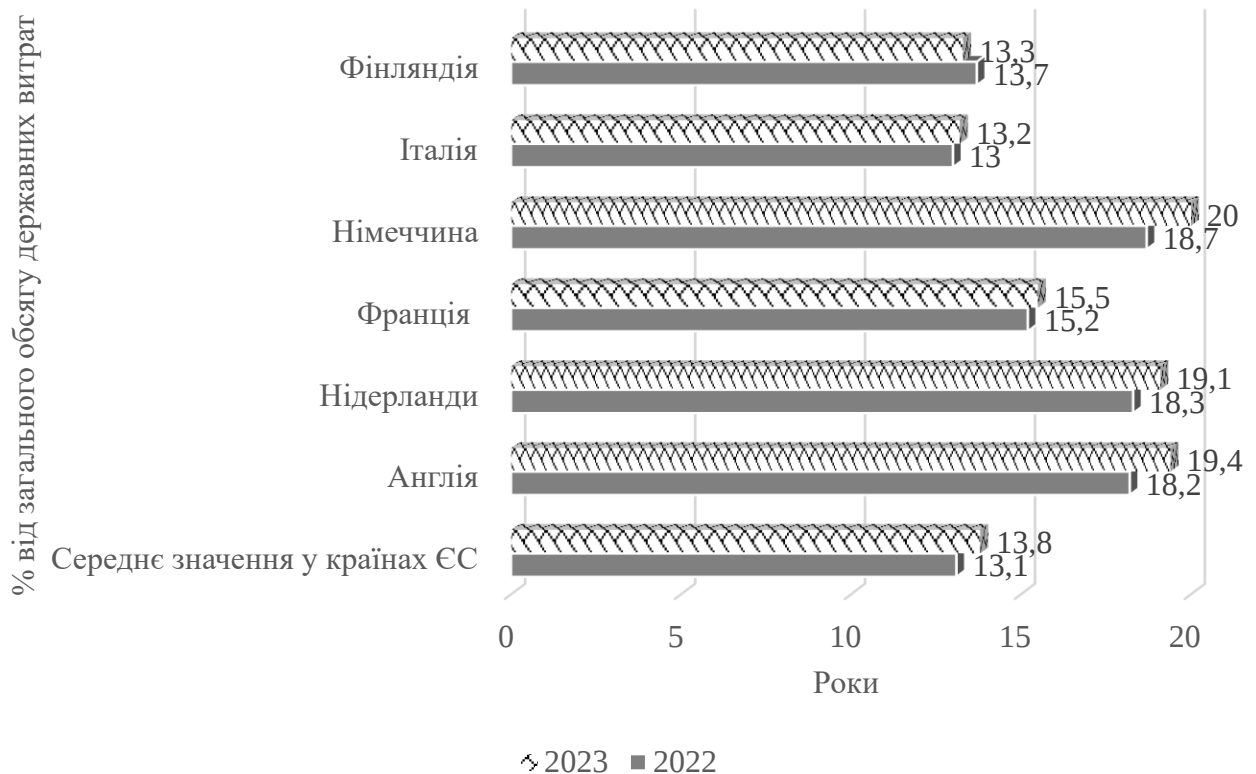


Рисунок 1.1 – Витрати на охорону здоров'я з державних джерел як частка загальних державних витрат у динаміці 2022-2023 років, % [16]

Виконання функцій, покладених на медичні заклади, є неможливим без надійної фінансової основи та ефективного управління нею. Цей процес передбачає розробку і впровадження системи прийняття управлінських

рішень, що стосується формування, розподілу та раціонального використання фінансових ресурсів медичних установ. Фактори, такі як різна організація надання медичних послуг між постачальниками, початкові витрати та потреби населення, впливають на рівень витрат у сфері охорони здоров'я. Наступним кроком буде аналіз видатків на охорону здоров'я за категоріями послуг.

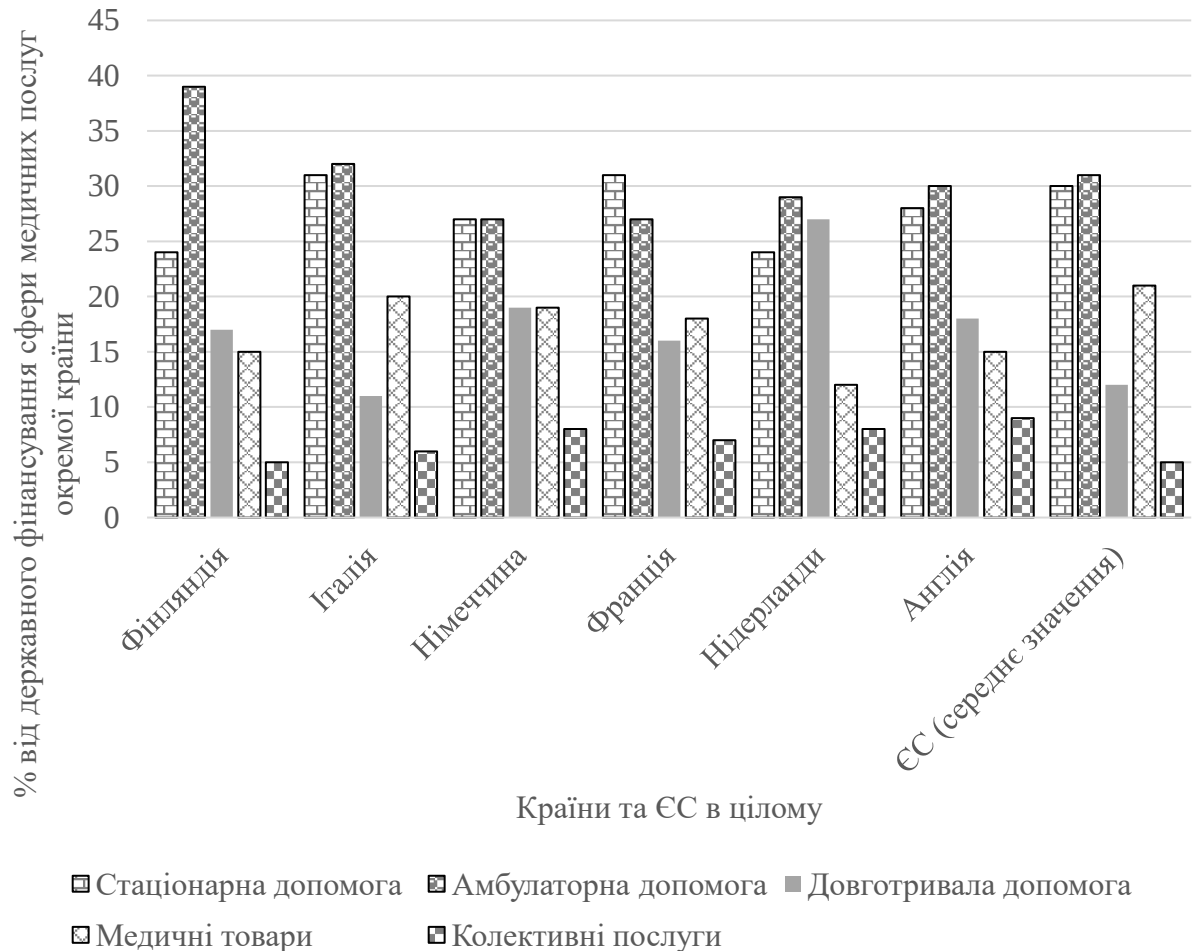


Рисунок 1.2 – Видатки на охорону здоров'я країн Європи за типом послуг, % [16]

Отже, найбільшу частку витрат становлять стаціонарна та амбулаторна допомога, які в середньому охоплюють близько 61% усіх витрат на охорону здоров'я в країнах ЄС. Медичні товари, переважно лікарські засоби, займають ще 21%, тоді як довготривала допомога складає приблизно 12% витрат на охорону здоров'я. Адміністрування та державне управління системою охорони здоров'я, а також профілактика складають решту витрат. Структура

витрат на різні види допомоги може суттєво варіюватися в залежності від країни.

Наприклад, у Фінляндії на амбулаторну допомогу виділяється близько 39%, а на медичні товари – лише 15%. В Італії найбільша частка фінансових ресурсів – 32% загальних видатків – йде на амбулаторну допомогу, тоді як на колективні послуги виділяється лише 5%, а на довготривалу допомогу – 11%. У Німеччині уряд розподіляє витрати порівну на стаціонарну та амбулаторну допомогу (по 27%), а також на довготривалу допомогу та медичні товари (по 19%). У майбутньому країнам потрібно подвоїти інвестиції в свої системи охорони здоров'я, щоб краще підготуватися до можливих спалахів і забезпечити швидкий прогрес у досягненні цілей у сфері охорони здоров'я.

В Україні для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я потрібно переглянути чинну політику в цій сфері та зосередитися на вирішенні критичних питань, зокрема забезпеченні доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, підвищенні її ефективності та поліпшенні якості медичних послуг.

1.3 Міжнародна співпраця України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери

У 2020 році трансформація системи охорони здоров'я успішно перейшла до другого етапу. З 1 квітня 2020 року розпочалися зміни в обслуговуванні спеціалістів, які очікувалися пацієнтами та медичним персоналом у клініках і лікарнях. Ці зміни реалізовувалися в умовах складної ситуації для системи охорони здоров'я через пандемію COVID-19, до якої жодна медична система в світі не була готова. Лікарі змушені були працювати в умовах невизначеності та великого навантаження. Механізми реагування на пандемію розвивалися швидко, оскільки готових рішень не існувало, але Національна служба здоров'я України продемонструвала свою ефективність в надзвичайних ситуаціях, підготувавши та впровадивши зміни до програми гарантій здоров'я.

Крім того, варто зазначити, що внаслідок політичних змін в Україні у 2020 році відбулося оновлення керівництва Міністерства охорони здоров'я.

Однією з цілей цього року було встановлення інституційної співпраці. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) з ясністю та деталізацією надала всю необхідну інформацію про механізми трансформації, їхню місію та бачення. Організації охорони здоров'я отримали повний доступ до всіх даних щодо фінансування медичних закладів під час періоду трансформації системи охорони здоров'я. У резолюції Європарламенту від 11 лютого 2021 року, присвяченій імплементації Угоди про асоціацію між ЄС та Україною, депутати відзначили трансформаційні процеси української системи охорони здоров'я, зокрема діяльність Національного Міністерства охорони здоров'я.

У 2020 році міжнародні партнери активно підтримували Україну в реформуванні медичної сфери. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк, Швейцарське агентство розвитку та співпраці, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), уряд Сполученого Королівства (UKAid), Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Представництво ЄС в Україні, Уряд Канади через Міністерство закордонних справ, торгівлі та розвитку, Міжнародний благодійний фонд «Відродження», Центри контролю та профілактики захворювань США, а також Посольства Європи в Україні — усі ці організації залишаються міжнародними партнерами України.

У 2017 році почали діяти Угода про асоціацію між Україною та ЄС, Програма підтвердження з МВФ, а також спільний проект МОЗ України та Світового банку «Поліпшення здоров'я людей на роботі». Реформи, спрямовані на розвиток первинної медико-санітарної допомоги, впровадження нової моделі фінансування медичних працівників, поступове створення єдиного медичного простору та сучасні фінансові стимули для підвищення доступності і якості медичних послуг, реалізовувалися в рамках співпраці з Європейським Союзом. Міжнародні партнери також підтримали Україну у боротьбі з пандемією. Світовий банк виділив кошти для додаткового

фінансування проекту «Краще здоров'я для людей» з метою посилення реагування на пандемію COVID-19 у сфері охорони здоров'я в Україні через проект Фонду «Краще здоров'я на службі у людей» та його додаткове фінансування.

Сьогодні НСЗУ має вирішальне значення для підтримки та реалізації цілей проекту, спрямованого на трансформацію системи охорони здоров'я. У рамках програми технічної допомоги, що фінансується Швейцарським офісом співробітництва в Україні, діагностичні групи провели аналіз процесу впровадження та профінансували спільний проект Групи Кореї та Світового банку.

Згідно з дворічною угодою про співпрацю між Урядом України та Європейським регіональним бюро ВООЗ, а також за фінансової підтримки Великого Герцогства Люксембург і Європейського Союзу в рамках партнерства ЄС-Люксембург - ВООЗ надає аналітичну підтримку та допомогу для забезпечення універсального доступу до послуг охорони здоров'я. Зокрема, експерти ВООЗ проаналізували дані, змодельовали бюджети лікарень, розробили сценарії зниження ризиків та остаточні моделі контрактів на медичне обслуговування в підготовці до другого етапу реформи, що розпочнеться в квітні 2020 року.

Команда ВООЗ зробила вагомий внесок у збереження основних принципів реформи та зміцнення політичного діалогу, проводячи консультації високого рівня щодо Закону про державні фінансові гарантії, переваг і недоліків впровадження різних моделей фінансування, а також наслідків для фінансового захисту та задоволення потреб у медичних послугах. ВООЗ також надавала постійну технічну підтримку в аналізі ситуації з коронавірусом і підвищила спроможність медичних закладів реагувати на COVID-19, організувавши навчальний семінар для працівників центральних і міжрегіональних офісів НСЗУ. У семінарі були використані епідеміологічні прогнози ВООЗ щодо надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я для планування надання послуг. Крім того, ВООЗ у співпраці з представниками

міжрегіональних відділень НСЗУ провела оцінку забезпечення лікарень киснем для лікування хворих на COVID-19.

Підтримка міжнародних партнерів також проявилася в численних спільних проектах міжнародної технічної допомоги, спрямованих на зміцнення спроможності НСЗУ в ролі менеджера реформи охорони здоров'я та її складових: індивідуальної реформи, розвитку системи електронного здоров'я та забезпечення громадського доступу, а також покращення якості ліків. Зусилля Проекту допомоги реформі охорони здоров'я USAID були зосереджені на підвищенні організаційного потенціалу НСЗУ та активній комунікації з усіма зацікавленими сторонами в рамках реформи охорони здоров'я. Проект надав експертну та технічну підтримку в п'яти основних напрямках:

- покращення ефективності управлінських процесів у секторі охорони здоров'я;
- сприяння зміні моделі фінансування охорони здоров'я;
- розширення можливостей для навчання та розвитку медичних працівників;
- підвищення прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я, а також її здатності реагувати на зміни;
- вдосконалення обслуговування на всіх рівнях.

У рамках проекту «Підтримка розвитку інфраструктури e-health в Україні», що реалізується за підтримки уряду США через Агентство США з міжнародного розвитку, відбувалась співпраця з метою зміцнення системи e-Health, включаючи автоматизацію процесів NHS і передачу прав інтелектуальної власності на програмне забезпечення та інші продукти системи e-Health. В рамках проекту «Посилення зусиль з ВІЛ/СНІДу в Україні», також підтриманого урядом США через Агентство США з міжнародного розвитку, розпочато оптимізацію системи зберігання електронних медичних карт та передачу прав інтелектуальної власності.

Проект також надав комплексну інформаційну підтримку в процесі трансформації сфери охорони здоров'я під час пандемії COVID-19.

Проект «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» (SAFEMed), фінансований урядом США через Агентство США з міжнародного розвитку, сприяв покращенню доступу громадськості до безпечних і високоякісних ліків. Він також допоміг удосконалити знання про сучасні методи ціноутворення та міжнародний досвід у цій сфері, а також розробити систему ключових показників ефективності для електронних рецептів.

Було реалізовано ряд проектів, спрямованих на зміцнення та подальший розвиток системи eHealth. Зокрема, проект ACCESS Pro, що фінансується урядом США через Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS) та Центри контролю і профілактики захворювань (CDC), почав співпрацю для вдосконалення електронних систем охорони здоров'я, зокрема для розробки функціонального кодування для діагностики психічних захворювань і ВІЛ. У рамках проекту «Електронний уряд та участь громади» (EGAP), фінансованого Урядом Швейцарської Конфедерації через Швейцарське агентство розвитку та співпраці (SDC), було розпочато запуск інтегрованого онлайн-сервісу eBaby. Цей сервіс дозволяє лікарю створювати електронний документ у реєстрі центральної бази електронної системи охорони здоров'я, який автоматично генерується після внесення даних заявником на портал сільської місцевості.

Крім того, інтегрований сервіс eBaby включає реєстрацію пацієнтів у центральній базі даних системи eHealth, що ще більше спрощує взаємодію громадян з медичною допомогою та дозволяє максимально використовувати переваги системи eHealth. Проект також передбачає електронну взаємодію з Національним реєстром актів цивільного стану для отримання інформації про медичні свідоцтва про народження та інші публічні записи, пов'язані з народженням дитини.

Отже, міжнародна спільнота відіграє важливу роль у реформуванні сфери медичних послуг в Україні, надаючи як фінансову, так і технічну допомогу (рис. 1.3).



Рисунок 1.3 – Основні види міжнародної підтримки та допомоги у реформуванні сфери надання медичних послуг

Світовий банк, Європейський Союз, USAID, GIZ та інші організації надають Україні фінансову підтримку для реалізації медичних реформ. Ці кошти використовуються на модернізацію медичних закладів, закупівлю обладнання, впровадження нових технологій та навчання медичних працівників. Україна отримує гранти та кредити для покращення інфраструктури медичних закладів, розвитку первинної медико-санітарної допомоги, а також для підтримки програм боротьби з такими захворюваннями, як туберкульоз та ВІЛ/СНІД.

Експерти з різних країн надають консультації щодо впровадження сучасних підходів до управління медичними закладами, організації медичних

послуг та контролю якості. Це включає тренінги для українських лікарів та медичних працівників, обмін досвідом та рекомендації щодо поліпшення стандартів надання медичної допомоги. Міжнародна спільнота підтримує розвиток електронної системи охорони здоров'я в Україні, яка включає електронні медичні записи, електронні рецепти та системи моніторингу якості послуг.

Міжнародні партнери допомагають Україні у створенні та зміцненні інституцій, відповідальних за медичні реформи, таких як Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Ці зусилля включають навчання персоналу, розробку стратегій розвитку та впровадження кращих світових практик. Міжнародні організації також залучені до моніторингу та оцінки впровадження медичних реформ в Україні, надаючи зворотний зв'язок та рекомендації щодо подальшого вдосконалення процесів. Під час війни та інших надзвичайних ситуацій міжнародна спільнота надає Україні гуманітарну допомогу у вигляді ліків, медичного обладнання та мобільних медичних команд, що працюють у зонах конфлікту та зонах, постраждалих від війни. Ця багатостороння підтримка допомагає Україні впроваджувати комплексні медичні реформи, спрямовані на покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення.

Отже, у першому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено теоретичні засади модернізації публічного управління у медичних закладах України, виокремлено основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення, проаналізовано зарубіжний досвід модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг, а також визначено особливості міжнародної співпраці України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА "ТЕРНОПІЛЬСЬКА МІСЬКА КОМУНАЛЬНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ"

2.1 Загальна характеристика та аналіз організаційної структури управління Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» (надалі – КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги») має понад 150 років історії. Лікарні швидкої допомоги мають важливі переваги, які рятують життя та значно підвищують шанси на успішне одужання пацієнтів у критичних ситуаціях. Основною перевагою таких лікарень є їхня готовність цілодобово надавати невідкладну допомогу. Завдяки постійній присутності кваліфікованих лікарів, медичних сестер та спеціалізованого персоналу, пацієнти отримують необхідну допомогу одразу після прибуття. Лікарні швидкої допомоги оснащені спеціальним обладнанням для швидкої діагностики та проведення невідкладних процедур, що дозволяє лікарям оперативно оцінювати стан пацієнта та приймати рішення щодо лікування. Крім того, у таких закладах існує тісна співпраця між різними відділеннями, що дозволяє ефективно лікувати пацієнтів із різноманітними складними випадками, які потребують комплексного підходу.

У закладі розгорнуто 215 ліжок, на яких щороку проходять лікування 7–8 тисяч пацієнтів. Уже тривалий час КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» працює цілодобово, надаючи спеціалізовану невідкладну допомогу жителям Тернопільської громади та області. У структурних підрозділах лікарні пацієнти мають доступ до широкого спектру

клінічних обстежень на сучасному обладнанні, отримують кваліфіковану медичну допомогу при різноманітних травмах (політравми та опіки), гострих хірургічних захворюваннях, інфекційних хворобах, невідкладних терапевтичних станах, а також високоспеціалізовану нейрохірургічну допомогу. У закладі пацієнти з важкою нирковою недостатністю мають можливість проходити процедуру гемодіалізу. Лікарня постійно вдосконалюється та модернізується, тому вже сьогодні тут доступні практично всі види реабілітаційної допомоги. Фінансування КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» здійснюється за рахунок коштів НСЗУ, місцевого бюджету, спеціального фонду та субвенцій.

На сьогодні значно зросли якість і різноманітність медичних послуг, що надаються у закладі. Лікарня оснащена сучасним комп'ютерним томографом, рентген-апаратом з цифровою обробкою зображень, а також цифровим відеоендоскопом з аргонплазмовою коагуляцією для зупинки кровотеч. Проводяться малоінвазивні операції при захворюваннях щитоподібної залози, жовчнокам'яній хворобі, апендициті, кишковій непрохідності, грижах різних локалізацій, а також ендоскопічна папілосфінктеротомія при механічній жовтяниці. Для лікування патологій суглобів та кісток широко застосовуються артроскопія, ендопротезування колінного і кульшового суглобів, а також впроваджені новітні методи лікування травм кисті.

Сьогодні лікарня швидкої допомоги є великим багатoproфільним лікувально-діагностичним закладом, команда якого здатна вирішувати широкий спектр завдань, пов'язаних з наданням екстреної та спеціалізованої, включно з високотехнологічною, медичною допомогою мешканцям міста та області. Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги – це інтегрована структура, яка об'єднує роботу відділень і кафедр університету, де органічно поєднуються процеси клінічної практики, навчання студентів та молодих спеціалістів, наукові дослідження і впровадження новітніх методів діагностики та лікування. Організаційна структура управління закладу представлена на рисунку 2.1.

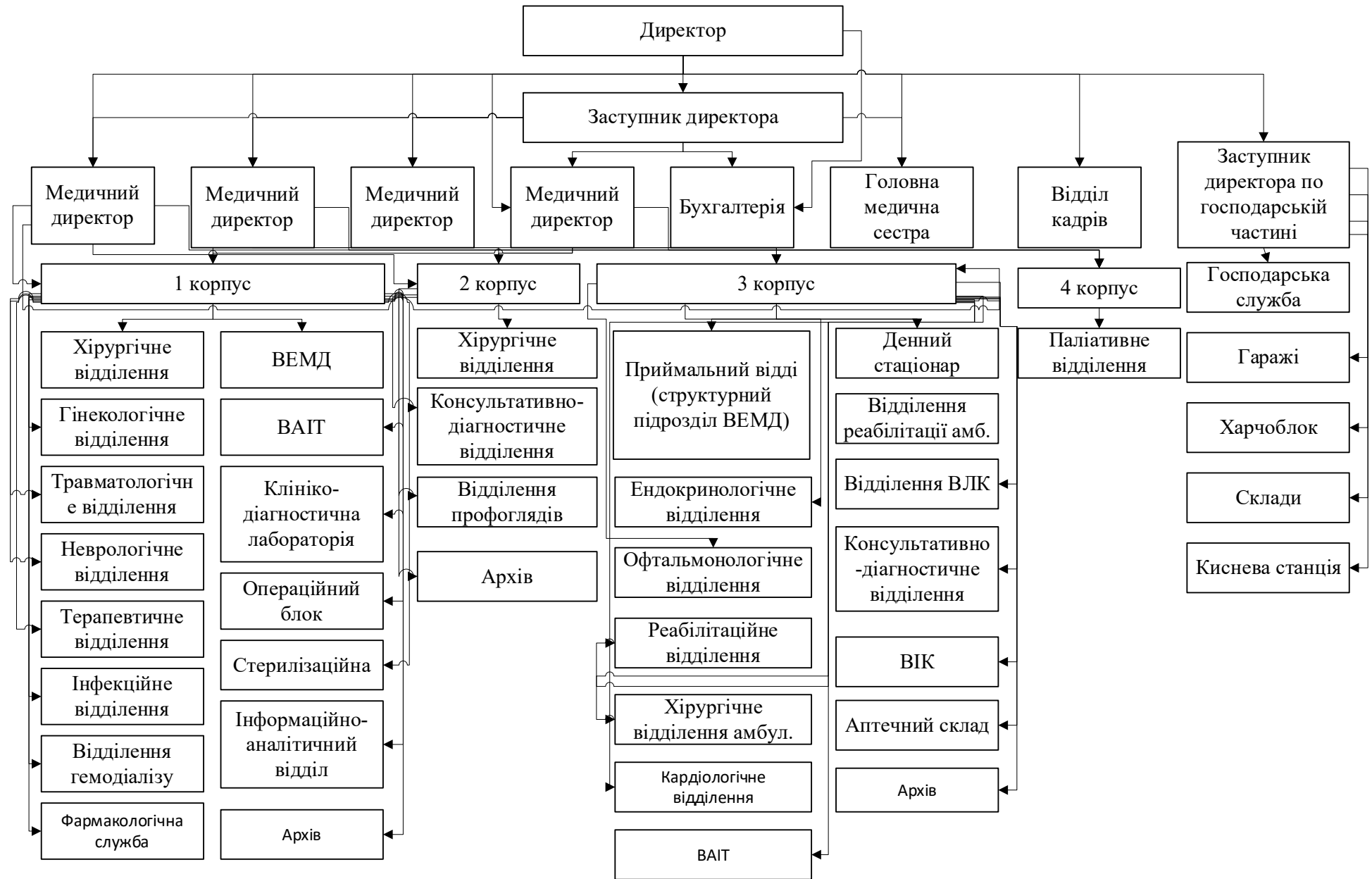


Рисунок 2.1 – Організаційна структура управління
КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Відповідно до організаційної структури управління, лікарню очолює директор Чайківський Ярослав Федорович, Заслужений лікар України. Йому підпорядковуються два заступники, чотири медичних директори, бухгалтерія, головна медична сестра та відділ кадрів. Лікарня розташована у чотирьох корпусах і включає низку відділень. Стаціонарне відділення має 50 ліжок, з яких 10 призначені для нейрохірургічних пацієнтів і 6 для стаціонарної паліативної допомоги. Щороку у відділенні впроваджуються нові нейрохірургічні операції та методики, які є новими для Тернопільської області. З початку 2019 року в лікарні реалізовано чимало нових нейрохірургічних методик та операцій, що вперше проводилися в регіоні. Щодня в нейрохірургічній операційній використовують високотехнологічне обладнання світового рівня, яке забезпечує проведення операцій на найвищому рівні. Постійно застосовуються мікрохірургічні, малоінвазивні та ендоскопічні технології.

Інфекційне відділення працює з 1931 року. Його спеціалісти надають висококваліфіковану спеціалізовану медичну та консультативну допомогу жителям міста і області. Тут лікують пацієнтів із кишковими інфекціями та інвазіями, інфекціями дихальних шляхів, шкірними інфекціями, кров'яними інфекціями та хворобами з парентеральним шляхом передачі. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії розташоване на першому поверсі правого крила лікарні й має 12 ліжок. Колектив складається з 52 працівників, включаючи 17 лікарів і 36 осіб середнього та молодшого медперсоналу. Відділення має 5 палат, реанімаційний зал, ізольовану палату, палату з покращеним плануванням, маніпуляційну, а також службові та побутові приміщення. Щороку тут проходять лікування близько 1900 пацієнтів із різними захворюваннями.

Ортопедо-травматологічне відділення розраховане на 65 ліжок і основним його завданням є надання спеціалізованої допомоги пацієнтам із наслідками травм та захворюваннями опорно-рухового апарату. Відділення гемодіалізу, створене 1 квітня 2021 року, надає допомогу пацієнтам із

хронічною нирковою недостатністю та проводить процедури гемодіалізу для хворих із гострою нирковою недостатністю. У відділенні працюють лікар-нефролог, лікар-анестезіолог, дві медичні сестри, інженер та дві молодші медичні сестри.

Ортопедо-травматологічне відділення розраховане на 65 ліжок і основним його завданням є надання спеціалізованої допомоги пацієнтам із наслідками травм та захворюваннями опорно-рухового апарату. Відділення гемодіалізу, створене 1 квітня 2021 року, надає допомогу пацієнтам із хронічною нирковою недостатністю та проводить процедури гемодіалізу для хворих із гострою нирковою недостатністю. У відділенні працюють лікар-нефролог, лікар-анестезіолог, дві медичні сестри, інженер та дві молодші медичні сестри.

Ортопедо-травматологічне відділення розраховане на 65 ліжок і основним його завданням є надання спеціалізованої допомоги пацієнтам із наслідками травм та захворюваннями опорно-рухового апарату. Відділення гемодіалізу, створене 1 квітня 2021 року, надає допомогу пацієнтам із хронічною нирковою недостатністю та проводить процедури гемодіалізу для хворих із гострою нирковою недостатністю. У відділенні працюють лікар-нефролог, лікар-анестезіолог, дві медичні сестри, інженер та дві молодші медичні сестри.

Клініко-діагностична лабораторія повністю укомплектована кваліфікованим персоналом і проводить широкий спектр досліджень: загально-клінічні, гематологічні, цитологічні, серологічні та біохімічні. Відділення реабілітації стаціонару КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня швидкої допомоги», засноване 16 грудня 2022 року, має мультидисциплінарну команду, до складу якої входять:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини,
- фізичні терапевти, ерготерапевти,
- лікарі-невролог і психотерапевт,
- масажист,

- логопеди,
- асистенти фізичного терапевта і ерготерапевта.

Спільно з командою фахівців для кожного пацієнта розробляється індивідуальний реабілітаційний план лікування. У відділенні є зали для фізичної терапії та ерготерапії, кабінети масажиста, логопеда, психотерапевта, а також 6 комфортних палат для цілодобового перебування пацієнтів. Робота мультидисциплінарної команди орієнтована на комплексне обстеження, лікування та фізичну реабілітацію пацієнтів, які мають порушення функцій через перенесені травматологічні чи неврологічні захворювання.

Проведемо аналіз техніко-економічних показників діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Аналіз техніко-економічних показників діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»¹

Показники	На початок звітнього періоду	На кінець звітнього періоду	Відхилення	
			Абсолютне	Відносне, %
1	2	3	4	5
Чистий дохід від реалізації продукції, тис. грн.	89584,20	113444,50	23860,30	26,63
Собівартість реалізованої продукції, тис. грн.	50870,70	47823,30	-3047,40	-5,99
Фінансовий результат до оподаткування, тис. грн.	14189,90	16564,60	2374,70	16,74
Чистий прибуток (збиток), тис. грн.	-14189,90	16564,60	30754,50	-216,74
Власний капітал, тис. грн.	34967,10	74625,80	39658,70	113,42
Вартість основних засобів, тис. грн.	60426,50	89871,20	29444,70	48,73
Середньоспискова чисельність працівників, осіб	418,00	423,00	5,00	1,20
Фондовіддача	1,48	1,26	-0,22	-14,86
Фондоозброєність праці на 1 працівника, грн.	144,56	212,46	67,90	46,97

¹ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4	5
Рентабельність діяльності підприємства, %	27,89	34,64	6,74	24,17

Підприємство показало позитивну динаміку основних фінансових показників за звітний період. Чистий дохід від реалізації продукції збільшився на 26,63%, що свідчить про зростання обсягів реалізації. Собівартість реалізованої продукції знизилась на 5,99%, що може вказувати на оптимізацію витрат або зниження цін на ресурси. Фінансовий результат до оподаткування зріс на 16,74%, що вказує на покращення операційної прибутковості.

Чистий прибуток (збиток) суттєво покращився, змінившись з від'ємного значення на позитивне, що свідчить про ефективніші фінансові результати підприємства. Власний капітал зріс на 113,42%, що є позитивним показником і свідчить про підвищення фінансової стійкості підприємства. Вартість основних засобів зросла на 48,73%, що може означати оновлення або розширення виробничих потужностей.

Середньоспискова чисельність працівників зросла на 1,2%, що є незначним збільшенням. Фондовіддача знизилася на 14,86%, що може означати зниження ефективності використання основних засобів, тоді як фондоозброєність праці на одного працівника збільшилася на 46,97%, що вказує на покращення забезпечення працівників основними засобами. Рентабельність діяльності підприємства зросла на 24,17%, що свідчить про підвищення загальної прибутковості бізнесу. Можемо зазначити, що медична установа продемонструвала позитивну динаміку більшості фінансових показників, що свідчить про ефективність його діяльності протягом звітного періоду.

Отже, діяльність КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» є надзвичайно важливою та потрібною, оскільки саме вона забезпечує негайне медичне втручання для пацієнтів у критичних станах. У

ситуаціях, коли кожна секунда має значення – таких як інфаркти, інсульти, важкі травми та інші екстрені випадки – оперативна допомога, яку надають фахівці цієї лікарні, може врятувати життя і зменшити ризик ускладнень. Лікарня оснащена спеціалізованим обладнанням та має медичний персонал, який пройшов підготовку для роботи в умовах підвищеної відповідальності та стресу. Крім того, ця система надання медичних послуг організована так, щоб забезпечити пацієнтам доступ до цих послуг цілодобово. Важливою складовою роботи досліджуваного закладу є також співпраця з іншими медичними установами та службами, що дозволяє більш ефективно координувати зусилля для порятунку пацієнтів. Таким чином, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» є одним із головних елементів системи охорони здоров'я, забезпечуючи безперервний доступ до невідкладної медичної допомоги, особливо в екстрених ситуаціях.

2.2 Аналіз фінансово-матеріального забезпечення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Фінансово-матеріальне забезпечення медичних закладів має ключове значення для забезпечення якісного медичного обслуговування та збереження здоров'я населення. Належне фінансування дозволяє закладам закуповувати сучасне обладнання, що є необхідним для точних діагностичних досліджень і складних операцій. Фінансування також дозволяє підвищувати кваліфікацію медичного персоналу та залучати більше спеціалістів, що забезпечує кращий рівень медичних послуг. Проведемо горизонтальний та вертикальний аналіз активу і пасиву балансу КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» для визначення особливостей матеріально-фінансового забезпечення діяльності медичної установи (табл. 2.2, 2.3).

Таблиця 2.2 – Аналіз активу балансу КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»²

Назва статті балансу	Показник на початок звітного періоду, тис. грн.	Показник на кінець звітного періоду, тис. грн.	Відхилення		Питома вага, %		Зміни у питомій вазі, %
			Абсолютне, тис. грн.	Відносне, %	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду	
1. Необоротні активи							
Нематеріальні активи:	0,9	1,0	0,1	11,1	0,001	0,001	0,0
первісна вартість	0,9	1,0	0,1	11,1	0,001	0,001	0,0
Незавершені капітальні інвестиції	16357,5	3445,2	-12912,3	-78,9	18,5	2,7	-15,8
Основні засоби:	60426,5	89871,2	29444,7	48,7	68,3	69,2	0,9
первісна вартість	75792,4	110621,6	34829,2	46,0	85,7	85,2	-0,5
знос	15365,9	20750,4	5384,5	35,0	17,4	16,0	-1,4
Усього за розділом 1	76784,9	93317,4	16532,5	21,5	86,8	71,9	-14,9
2. Оборотні активи							
Запаси	10021,9	22235,0	12213,1	121,9	11,3	17,1	5,8
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи та послуги	10,6	2815,8	2805,2	26464,2	0,0	2,2	2,2
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	30,5	0,0	-30,5	-100,0	0,0	0,0	0,0
Інша поточна дебіторська заборгованість	1169,6	2225,2	1055,6	90,3	1,3	1,7	0,4
Гроші та їх еквіваленти	404,3	9175,5	8771,2	2169,5	0,5	7,1	6,6
Інші оборотні активи	24,6	63,8	39,2	159,3	0,0	0,0	0,0
Усього за розділом 2	11661,5	36515,3	24853,8	213,1	13,2	28,1	14,9
БАЛАНС	88446,4	129832,7	41386,3	46,8	100,0	100,0	0,0

² Складено автором за даними фінансової звітності установи.

Таблиця 2.3 – Аналіз пасиву балансу КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»³

Пасив	Показник на початок звітного періоду, тис. грн.	Показник на кінець звітного періоду, тис. грн.	Відхилення		Питома вага, %		Зміни у питомій вазі, %
			Абсолютне, тис. грн.	Відносне, %	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду	
1. Власний капітал							
Зареєстрований (пайовий) капітал	15222,3	15222,3	0,0	0,0	17,2	11,7	-5,5
Додатковий капітал	13176,3	36272,9	23096,6	175,3	14,9	27,9	13,0
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	7118,6	23680,7	16562,1	232,7	8,0	18,2	10,2
Неоплачений капітал	-550,1	-550,1	0,0	0,0	-0,6	-0,4	0,2
Усього за розділом 1	34967,1	74625,8	39658,7	113,4	39,5	57,5	17,9
3. Поточні зобов'язання і забезпечення							
Поточна кредиторська заборгованість за:							
товари, роботи, послуги	1067,6	58,5	-1009,1	-94,5	1,2	0,0	-1,2
розрахунками з бюджетом	15,0	86,2	71,2	474,7	0,0	0,1	0,0
розрахунками з оплати праці	54,7		-54,7	-100,0	0,1	0,0	-0,1
Доходи майбутніх періодів	32962,3	36948,9	3986,6	12,1	37,3	28,5	-8,8
Інші поточні зобов'язання	0,8	31,7	30,9	3862,5	0,0	0,0	0,0
Усього за розділом 3	34100,4	37125,3	3024,9	8,9	38,6	28,6	-10,0
БАЛАНС	88446,4	129832,7	41386,3	46,8	100,0	100,0	0,0

³ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

Згідно з таблицею 2.2, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» продемонструвало значні зміни у структурі активів протягом звітного періоду (рис. 2.2). Загальна сума активів збільшилася на 41386,3 тис. грн. або на 46,8%, що свідчить про розширення балансової вартості. Необоротні активи зросли на 16532,5 тис. грн., проте їхня питома вага в структурі активів зменшилася з 86,8% до 71,9%, що відображає зростання оборотних активів у загальній структурі. Основні засоби, які є найбільшим елементом необоротних активів, збільшилися на 29444,7 тис. грн. або на 48,7%, зумовлюючи загальне зростання цього розділу. Незавершені капітальні інвестиції зменшилися на 78,9%, що може вказувати на завершення деяких проєктів або скорочення інвестиційної активності.

Оборотні активи зросли на 24853,8 тис. грн., або на 213,1%, їхня питома вага збільшилася з 13,2% до 28,1%. Найбільше зростання спостерігається у запасах, які збільшилися на 12213,1 тис. грн. або на 121,9%, та у коштах і їх еквівалентах, які зросли на 2169,5% або на 8771,2 тис. грн. Це може свідчити про посилення ліквідності медичної установи. Також значне зростання демонструє дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи та послуги, яка збільшилася на 26464,2%, що може бути наслідком збільшення обсягів реалізації або посилення відстрочки платежів. Таким чином, за звітний період КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» збільшило загальну вартість активів, зокрема за рахунок зростання оборотних активів і підвищення ліквідності, що позитивно впливає на фінансову стійкість. Водночас структура активів змінилася, зі збільшенням частки оборотних активів у балансі установи.

Відповідно до даних пасиву балансу, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» продемонструвало зростання власного капіталу і зміни в структурі пасивів протягом звітного періоду. Загальна сума пасивів збільшилася на 41386,3 тис. грн. або на 46,8%, що свідчить про значне зростання фінансових ресурсів (рис. 2.2).

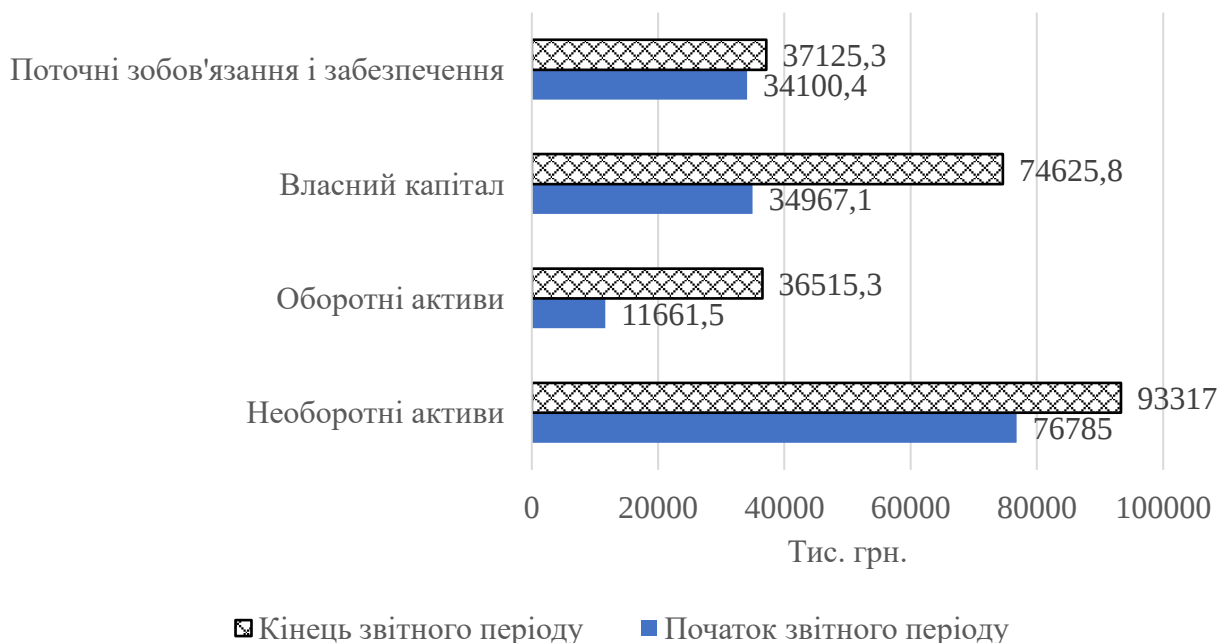


Рисунок 2.2 – Структура активів і пасивів КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»⁴

Власний капітал зріс на 39658,7 тис. грн., або на 113,4%, і його частка в структурі пасивів зросла з 39,5% до 57,5%. Це є позитивним показником, оскільки свідчить про підвищення фінансової незалежності медичної установи. Основне зростання власного капіталу відбулося за рахунок додаткового капіталу, який зріс на 23096,6 тис. грн. або на 175,3%, а також нерозподіленого прибутку, який зріс на 16562,1 тис. грн., що вказує на накопичення прибутку КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».

Поточні зобов'язання зросли незначно – на 3024,9 тис. грн. або на 8,9%, а їх частка в загальній структурі пасивів знизилася з 38,6% до 28,6%. Основне збільшення в поточних зобов'язаннях відбулося за статтею доходів майбутніх періодів, які зросли на 3986,6 тис. грн., що може свідчити про отримання авансів або інших доходів, які будуть визнані в майбутніх періодах. Кредиторська заборгованість за товари, роботи та послуги знизилася на 94,5%,

⁴ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

що свідчить про скорочення зобов'язань перед постачальниками. Отже, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» показало значне зростання власного капіталу, що підвищує його фінансову стійкість, тоді як частка поточних зобов'язань знизилась, що позитивно впливає на структуру пасивів і фінансову незалежність.

На доповнення до аналізу балансу медичної установи, проведемо дослідження звіту про фінансові результати (табл. 2.4). За звітний період КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» продемонструвало зростання чистого доходу від реалізації продукції на 23860,3 тис. грн. або на 26,6%, що свідчить про збільшення обсягів реалізації. Також зросли інші доходи, зокрема інші операційні доходи на 23,8% й інші доходи на 277,9%, що позитивно вплинуло на загальний дохід медичної установи, який зріс на 32811,9 тис. грн. або на 28,9% (рис. 2.3).

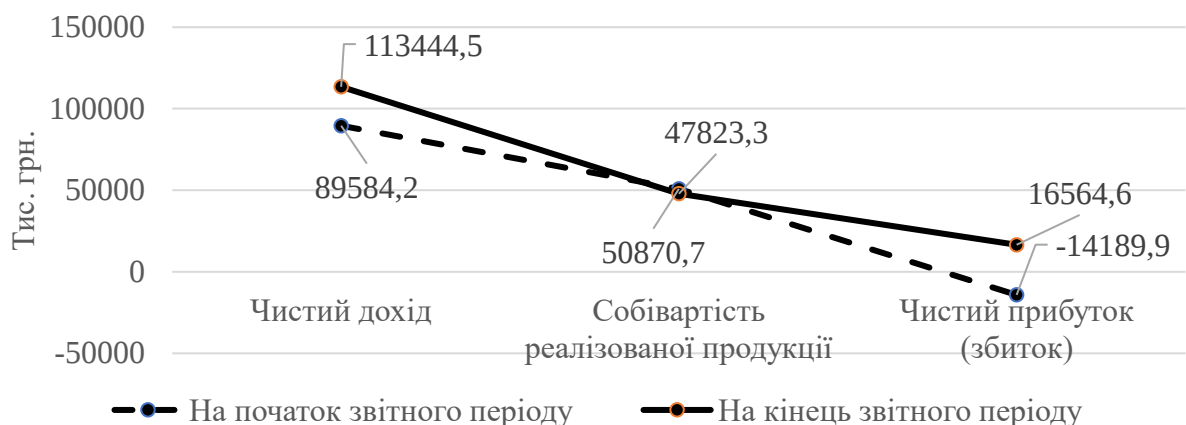


Рисунок 2.3 – Собівартість продукції та фінансові результати діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»⁵

Собівартість реалізованої продукції знизилась на 6,0%, що призвело до зменшення її питомої ваги у чистому доході з 56,8% до 42,2%. Це може свідчити про ефективну оптимізацію виробничих витрат.

⁵ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

Таблиця 2.4 – Аналіз звіту про фінансові результати КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Найменування статті	Показник на початок звітного періоду, тис. грн.	Показник на кінець звітного періоду, тис. грн.	Відхилення		Питома вага у чистому доході від реалізації продукції, %		Зміни у питомій вазі, %
			Абсолютне, тис. грн.	Відносне, %	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду	
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	89584,2	113444,5	23860,3	26,6	100,0	100,0	0,0
Інші операційні доходи	22495,9	27847,5	5351,6	23,8	25,1	24,5	-0,6
Інші доходи	1295,4	4895,4	3600,0	277,9	1,4	4,3	2,9
Разом доходи	113375,5	146187,4	32811,9	28,9	126,6	128,9	2,3
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	50870,7	47823,3	-3047,4	-6,0	56,8	42,2	-14,6
Інші операційні витрати	76694,7	81799,5	5104,8	6,7	85,6	72,1	-13,5
Разом витрати	127565,4	129622,8	2057,4	1,6	142,4	114,3	-28,1
Фінансовий результат до оподаткування	-14189,9	16564,6	30754,5	-216,7	-15,8	14,6	30,4
Чистий прибуток (збиток)	-14189,9	16564,6	30754,5	-216,7	-15,8	14,6	30,4

Інші операційні витрати зросли на 6,7%, але їхня питома вага у чистому доході також знизилася з 85,6% до 72,1%, що вказує на покращення загальної операційної ефективності. Фінансовий результат до оподаткування значно покращився, змінившись з від'ємного значення на позитивне, зростаючи на 30754,5 тис. грн. (на 216,7%). Аналогічно, чистий прибуток зріс на ту ж суму, що відображає значне поліпшення фінансових результатів і досягнення прибутковості. Загалом, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» суттєво покращило свої фінансові показники, скоротивши собівартість реалізованої продукції та зменшивши частку витрат у чистому доході. Це сприяло позитивному фінансовому результату і досягненню прибутковості, що є ознакою ефективної діяльності за звітний період.

Проведемо дослідження структури доходів медичної установи у 2022 році (табл. 2.5, рис. 2.4).

Таблиця 2.5 – Структура доходів КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» установи у 2022 році⁶

Види доходів	Обсяг, тис. грн.	Питома вага у структурі доходів, %
Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) в т.ч.:	33652,60	20,79
Платні медичні послуги	1600,00	0,99
Доброчинні (коштами та товарами)	30992,60	19,14
Інші операційні доходи (субвенція+міський бюджет+НСЗУ), в тому числі:	125038,70	77,24
Кошти міського бюджету	19565,10	12,09
Кошти НСЗУ	105473,60	65,15
Інші доходи (дохід від цілового фінансування в сумі амортизації)	3200,00	1,98
Усього доходів	161891,30	100,00

⁶ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

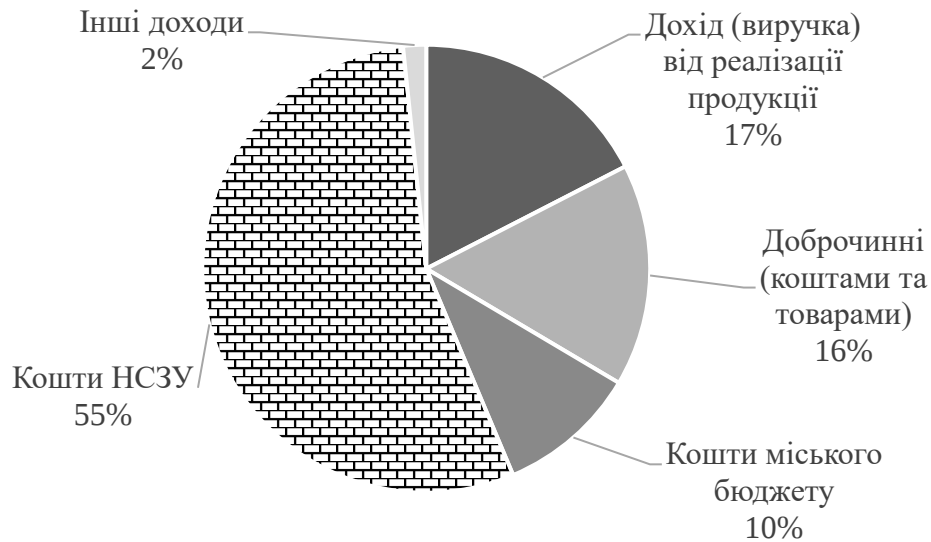


Рисунок 2.4 – Графічне представлення структури доходів КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» установи у 2022 році

За звітний період загальний дохід КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» склав 161891,3 тис. грн. Основну частину доходів (77,24%) становили інші операційні доходи, що включають субвенції, кошти з міського бюджету та кошти від Національної служби здоров'я України (НСЗУ). При цьому найбільшу частку у структурі доходів займають кошти від НСЗУ – 65,15%, що свідчить про значну залежність підприємства від фінансування з цієї державної установи.

Доходи від реалізації продукції, товарів, робіт і послуг становлять лише 20,79% загальної суми, з яких платні медичні послуги складають 0,99%, а добродчинні внески – 19,14%. Це свідчить про низьку частку доходів, отриманих від комерційної діяльності, та значну роль добродчинних внесків у фінансуванні. Інші доходи, такі як дохід від цільового фінансування на суму амортизації, становлять 1,98% від загальної суми доходів. Таким чином, структура доходів підприємства характеризується високою залежністю від зовнішніх джерел фінансування, особливо коштів НСЗУ, та меншою часткою комерційних доходів.

На доповнення аналізу структури доходів проведемо аналіз структури витрат КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» (табл. 2.6, рис. 2.5).

Таблиця 2.6 – Аналіз структури витрат КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» у 2022 році⁷

Види витрат	Обсяг, тис. грн.	Питома вага у структурі витрат, %
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт та послуг)	133900,30	82,71
Адміністративні витрати , усього, у тому числі:	732,50	0,45
витрати , пов'язані з використанням службових автомобілів	300,00	0,19
витрати на страхові послуги	32,50	0,02
інші адміністративні витрати	400,00	0,25
інші видатки, капітальні видатки	4350,50	2,69
Інші операційні витрати, в т.ч.:	22908,00	14,15
Витрати що здійснюються для підтримання об'єкта в робочому стані (проведення поточного ремонту, технагляду, обслуговування)	18347,00	11,33
Інші витрати (водопостачання, водовідведення)	961,00	0,59
Амортизація	3200,00	1,98
Інші витрати (податок на землю, ПДВ)	400,00	0,25
Усього витрат	161891,30	100,00

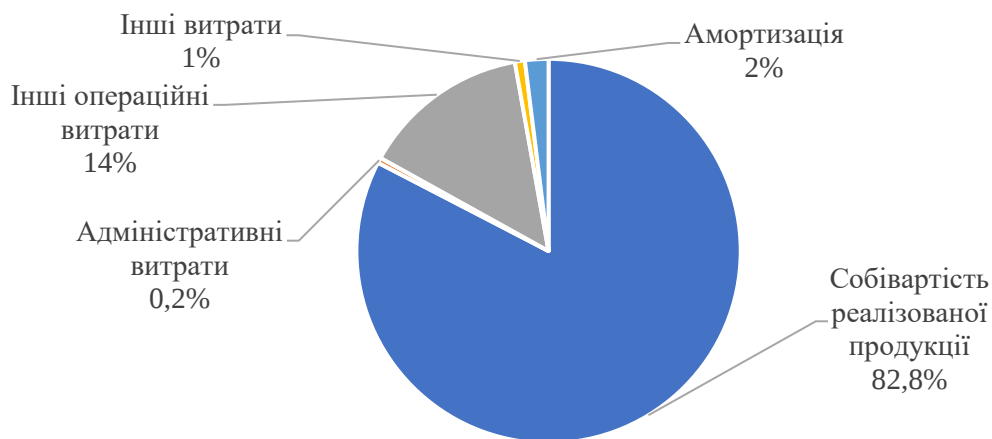


Рисунок 2.5 – Графічне представлення структури витрат КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» у 2022 році

⁷ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

За звітний період загальні витрати КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» становили 161891,3 тис. грн. Основну частку (82,71%) займає собівартість реалізованої продукції, що свідчить про значні витрати на виробничу діяльність. Інші операційні витрати складають 14,15% у структурі витрат, з яких найбільша частина (11,33%) припадає на витрати, пов'язані з підтриманням об'єкта в робочому стані, такі як проведення поточного ремонту, технічний нагляд і обслуговування.

Адміністративні витрати займають лише 0,45% від загальної суми витрат, що вказує на їх незначний вплив у загальній структурі. Серед адміністративних витрат виділяються витрати на використання службових автомобілів (0,19%) та страхові послуги (0,02%). Капітальні видатки становлять 2,69%, тоді як амортизаційні витрати складають 1,98%, що також є важливою частиною загальних витрат. Отже, аналіз структури витрат КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» демонструє, що основні фінансові ресурси спрямовані на виробничу діяльність і забезпечення безперебійної роботи закладу, що підкреслює виробничо-орієнтований характер витрат. Переважна частка бюджету йде на покриття собівартості медичних послуг і підтримання об'єкта в робочому стані, тоді як адміністративні витрати мають мінімальний вплив у загальній структурі витрат. Такий розподіл коштів свідчить про прагнення максимально ефективно використовувати ресурси для забезпечення основної діяльності лікарні.

2.3 Дослідження процесів модернізації лікувального закладу

В Україні триває третій інфраструктурний етап реформи охорони здоров'я, який передбачає створення кластерних медичних закладів для оптимізації мережі лікувальних установ. Ці зміни торкнулися й КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». Зокрема, КНП «Міська комунальна лікарня №3» та КНП «Тернопільський міський

лікувально-діагностичний центр» Тернопільської міської ради приєднуються до складу комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».

Ці заклади продовжують працювати в звичному режимі, надаючи медичні послуги в повному обсязі. Після завершення об'єднання буде створена одна кластерна лікарня швидкої допомоги, яка надаватиме медичну допомогу за понад 20 напрямками. Усі робочі місця залишаться збереженими, пацієнти отримуватимуть високоякісну медичну допомогу, а медичним працівникам буде надано можливість для професійного розвитку та вдосконалення.

В результаті реорганізації в лікарні швидкої допомоги була розроблена нова структура, за якою буде одне хірургічне та одне травматологічне відділення. На базі лікарні №3 планується відкриття нових відділень, зокрема кардіологічного, ендокринологічного та офтальмологічного. Також залишиться стаціонарне відділення для реабілітації жителів Тернопільської громади. Крім того, на базі цього закладу буде функціонувати окреме відділення реабілітації для захисників. Водночас, працюватиме лише одна лабораторія, куди доставлятимуть біологічний матеріал для обстеження з усіх пунктів забору.

Кластеризація медичних закладів є світовою практикою (рис. 2.6). У такій структурі пацієнт має змогу отримати консультації та допомогу від усіх необхідних спеціалістів. В кластерних медичних закладах пацієнти можуть отримувати послуги при найпоширеніших захворюваннях. Загальні лікарні надаватимуть базові медичні послуги для жителів однієї або кількох громад. Поділ територій на госпітальні кластери дозволяє ефективно поєднати переваги та виклики децентралізації, забезпечуючи кожна громаду чітким розумінням її належності до конкретного госпітального кластера та ролі свого медичного закладу в загальній системі. Госпітальне планування визначає для кожної громади, які послуги повинні надаватись її мешканцям та де потрібна співпраця з іншими громадами. Це також є основою для створення

госпітальних мереж у країнах ЄС. В Європі останнім часом акцент робиться на таких ключових аспектах медичної системи, як зменшення тривалості перебування в лікарні, скорочення кількості стаціонарних ліжок і покращення результатів лікування. Україні ще належить значно поліпшити ці показники, щоб наблизитись до рівня сучасної європейської системи охорони здоров'я.

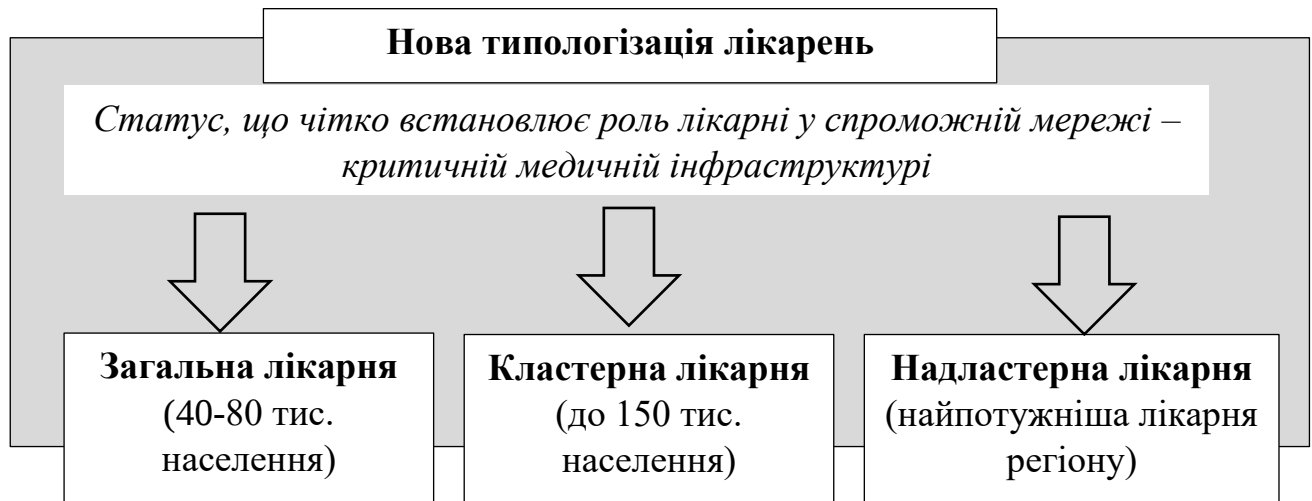


Рисунок 2.6 – Схематичне представлення нової типологізації медичних закладів

Сьогодні, з метою вдосконалення надання догоспітальної допомоги та забезпечення доступності, своєчасності і підвищення якості екстреної медичної допомоги для мешканців Тернополя та області, КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» керується рядом нормативно-правових актів, зокрема Постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги», наказом МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», Законом України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу», Законом України від 13.03.2012 р. № 4499-VI «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» та іншими документами. Згідно з цими актами, екстреною медичною

допомогою є невідкладна організаційна, діагностична та лікувальна допомога, яку надають працівники системи екстреної медичної допомоги з метою врятування життя пацієнта та мінімізації наслідків для його здоров'я у критичних станах.

Для забезпечення виконання нормативу прибуття бригад до місця події у складі КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» створюються підстанції (відділення) та пункти постійного або тимчасового базування бригад, які є структурними підрозділами закладу. Кількість таких підстанцій, їх місцезнаходження та відповідні зони обслуговування визначає та затверджує керівник лікарні. Критерієм для встановлення межі зони обслуговування є довжина найдовшого маршруту (радіус), що складає приблизно 8–10 км та забезпечує прибуття бригади до місця події протягом 15 хвилин.

КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» повинна забезпечити наявність місячного запасу лікарських засобів та медичних виробів, а також аварійного запасу медичного обладнання, нош, апаратури, медичних ящиків-укладок і наборів, що затверджується місцевим органом управління. Крім того, заклад має забезпечити стабільне та автономне енергопостачання, а також безперебійний провідний і радіотелефонний оперативний зв'язок.

КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» повинна забезпечити наявність місячного запасу лікарських засобів та медичних виробів, а також аварійного запасу медичного обладнання, нош, апаратури, медичних ящиків-укладок і наборів, що затверджується місцевим органом управління. Крім того, заклад має забезпечити стабільне та автономне енергопостачання, а також безперебійний провідний і радіотелефонний оперативний зв'язок.

Для забезпечення високих стандартів медичної допомоги кожному пацієнту КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» гарантує право на доступну, якісну та своєчасну первинну медичну допомогу,

що включає тісну взаємодію з іншими медичними установами та співпрацю з партнерами (рис. 2.7). Співпраця між медичними закладами є важливою, оскільки вона дозволяє обмінюватися досвідом і знаннями, що підвищує якість медичного обслуговування. Завдяки спільним дослідженням і навчальним програмам лікарі мають можливість вдосконалювати свої навички та знайомитися з новітніми методами лікування. Крім того, співпраця дає змогу ефективніше використовувати обмежені ресурси: лікарні можуть ділитися обладнанням, медикаментами та спеціалізованим персоналом, що особливо корисно для невеликих медичних закладів. Важливим аспектом є також спільне реагування на надзвичайні ситуації, коли координація між медичними установами може врятувати багато життів.

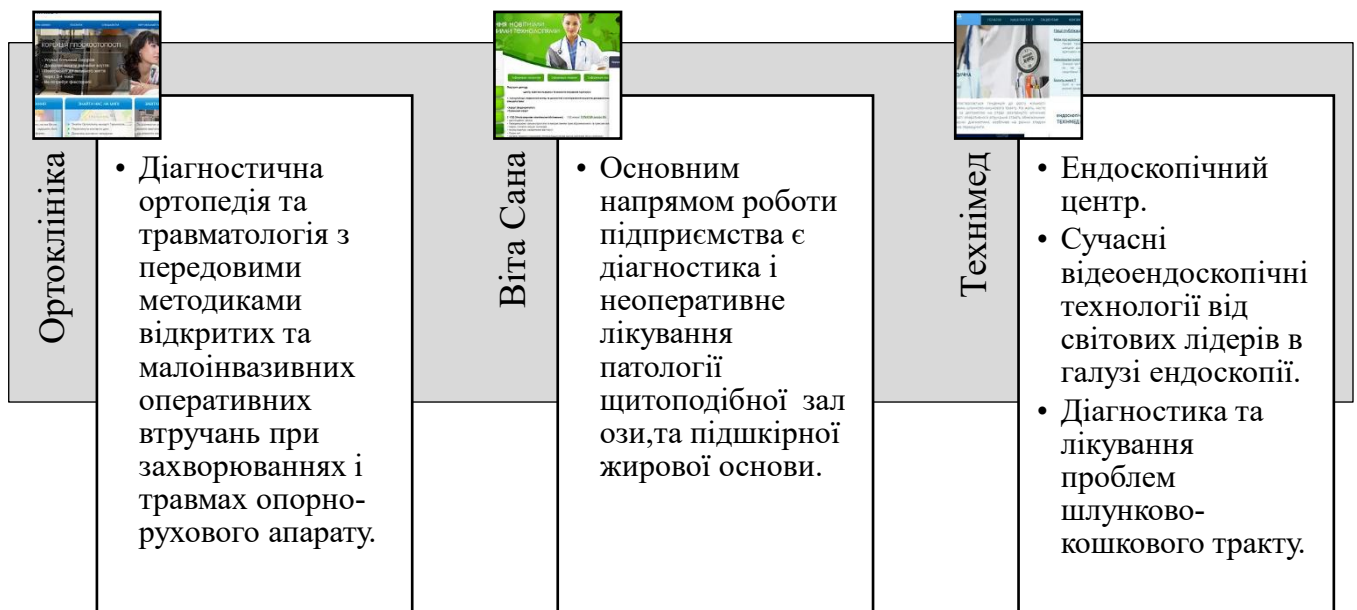


Рисунок 2.7 – Заклади-партнери КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

На даний момент медичний заклад застосовує міжнародну класифікацію екстреної медичної допомоги, що включає такі групи (рис. 2.8):

1) BLS (Basic Life Support) – базова підтримка життя – набір заходів, що направлені на підтримку або відновлення життєвих функцій організму поза медичним закладом, а також до прибуття медичної бригади.

2) ILS (Immediate Life Support) – надання термінової медичної допомоги при загрозливих для життя станах пацієнта черговим лікарем КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» до прибуття спеціалізованих реанімаційних фахівців.

3) ALS (Advanced Life Support) – спеціалізовані реанімаційні заходи, що проводяться медичними працівниками та парамедиками із використанням відповідного обладнання, медикаментів та інструментів на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

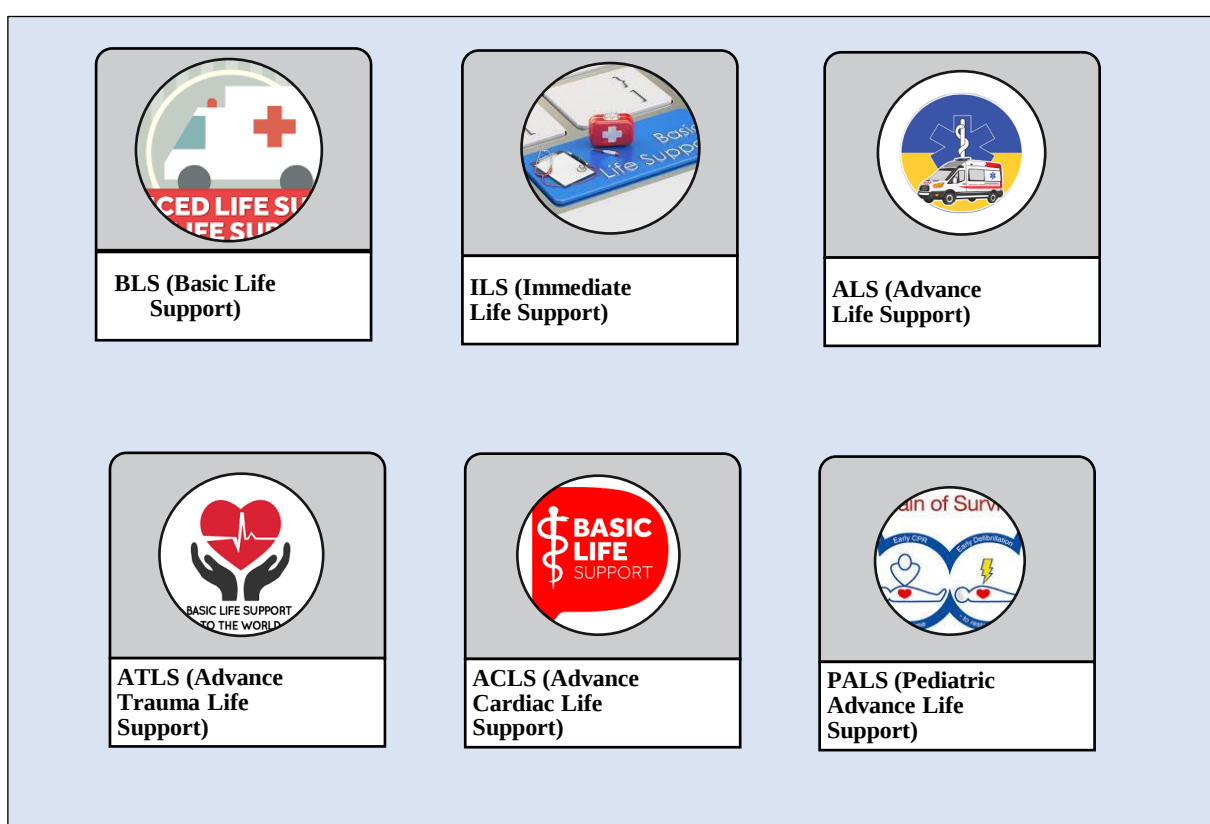


Рисунок 2.8 – Міжнародна класифікація екстреної медичної допомоги, яку використовує КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

4) ATLS (Advanced Trauma Life Support) – кваліфіковане професійне надання невідкладної медичної допомоги при різних травмах на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, яке здійснюється переважно лікарями, а також іноді медичними сестрами та парамедиками.

5) ACLS (Advanced Cardiac Life Support) – професійне надання спеціалізованої екстреної медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях, яке здійснюють лікарі, медичні сестри та парамедики.

6) PALS (Pediatric Advanced Life Support) – професійне надання екстреної медичної допомоги дітям, яке здійснюють лікарі, медичні сестри та парамедики. [7].

Модернізація медичних закладів відповідно до реформи медичних послуг в Україні є важливою для підвищення якості та доступності медичної допомоги для пацієнтів. Реформа спрямована на запровадження сучасних стандартів обслуговування, що потребує оновлення обладнання, впровадження інноваційних технологій та покращення умов для пацієнтів і медичного персоналу. Оновлення закладів допомагає лікарям працювати ефективніше та застосовувати новітні методи діагностики й лікування, що сприяє швидшому одужанню пацієнтів. Крім того, модернізація закладів відповідає вимогам пацієнтів до високоякісного обслуговування, що є особливо актуальним в умовах конкурентного медичного ринку.

Отже, у другому розділі роботи досліджено важливість модернізації та розвитку КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» в умовах реформи охорони здоров'я в Україні. Аналіз засвідчив, що заклад ефективно використовує свої фінансові ресурси, зокрема значну частину коштів спрямовано на виробничі витрати для забезпечення медичної допомоги. Лікарня демонструє позитивну динаміку основних фінансових показників, що свідчить про стабільне фінансове становище та можливості для подальшого розвитку. Співпраця з іншими медичними закладами і впровадження міжнародних стандартів невідкладної допомоги дозволяють покращити якість медичних послуг.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВПРОВАДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

3.1 Обґрунтування доцільності залучення матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Міжнародні організації активно беруть участь у реформуванні медичного сектору в Україні. У період війни реалізується багато грантових проєктів, спрямованих на підтримку публічних медичних організацій. відповідно, Україна вперше приєдналася до програми Європейського Союзу EU4Health [27].

У липні 2022 року Європейська комісія підписала угоду про участь України в цій програмі. EU4Health була створена у відповідь на підвищення пандемії COVID-19 із залученням готовності до кризових ситуацій в ЄС. Програма спрямована на розвиток довгострокових проблем у сфері охорони здоров'я за допомогою стійких, міцних та доступних систем охорони

Приєднання до програми EU4Health забезпечує фахівцям у сфері охорони здоров'я та громадськості України рівні права на участь разом із представниками країн ЄС та асоційованих держав. Програма триватиме до 2027 року, зосереджуючи увагу на чотирьох ключових напрямках: профілактика захворювань, готовність до кризу, розвиток системи охорони здоров'я та впровадження цифрових технологій, із особливим акцентом на боротьбу з онкологічними захворюваннями.

Програма надає можливість участі в конкурсах на отримання малих грантів у сфері охорони здоров'я. Подавати заявки можуть наукові, академічні та освітні установи, лікарні, медичні заклади, науково-дослідні інститути, експертні мережі, органи влади, громадські організації, асоціації медичних

працівників, профспілки, пацієнтські організації (фондації, асоціації, неприбуткові організації), закупівельні організації, центральні закупівельні органи, приватні компанії, національні та регіональні органи охорони здоров'я, а також сформовані мережі у сфері громадського здоров'я.

Одним із ключових напрямків підвищення ефективності роботи КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» є співпраця з іноземними організаціями-донорами матеріально-технічної допомоги (МТД). Це передбачає підготовку проєктних пропозицій та залучення безповоротної фінансової підтримки для реалізації важливих ініціатив. Лікарня має потребу в оновленні обладнання, реконструкції приміщень і впровадження сучасних підходів до забезпечення основних процесів. МТД від закордонних партнерів може стати значущим поза межами модернізації лікарні та сприяти відновленню України.

У медичній сфері України функціонувало декілька джерел фінансування, що забезпечували надходження коштів на закупівлю медикаментів, обладнання та ресурсів для протидії пандемії. Серед них – глобальна ініціатива COVAX, яка сприяла постачанню вакцини проти COVID-19.

Секретаріат Кабінету Міністрів України веде реєстр проєктів допомоги у сфері медицини (рис. 3.1). Наразі в ньому зареєстровано 529 проєктів, які фінансуються іноземними донорськими організаціями, з яких 45 стосуються медичної галузі. Станом на липень 32 з цих проєктів були повністю профінансовані міжнародними донорами. Загальний обсяг допомоги у сфері охорони здоров'я становить 277 мільйонів доларів 906 тисяч доларів США.

Серед найбільших донорів виділяються Сполучені Штати та Швейцарія. Серед активних організацій-донорів – Організація з безпеки та співробітництва в Європі, Організація Об'єднаних Націй та Європейського Союзу. Загальний обсяг фінансування склав близько 278 мільйонів доларів. Реалізація проєктів розпочалася у 2016 році, а окремі з них тривають до 2026

року. Сполучені Штати Америки надали безповоротну цільову допомогу на суму 176 доларів США.



Рисунок 3.1 – Основні напрями та обсяги МТД у медичній сфері [28]

Проекти, фінансовані за рахунок безповоротної цільової допомоги, спрямовані на підтримку й розвиток медичної галузі, впровадження медичної реформи, підвищення ефективності роботи Центру громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України, а також розвиток системи eHealth.

Для підвищення ефективності співпраці з міжнародними донорами в рамках Програми Європейського Союзу EU4Health, покращення фінансового забезпечення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» та стимулювання активності організацій-донорів пропонується реалізувати проект реконструкції лабораторного центру. Основна ідея проекту представлена схематично на рис. 3.2.

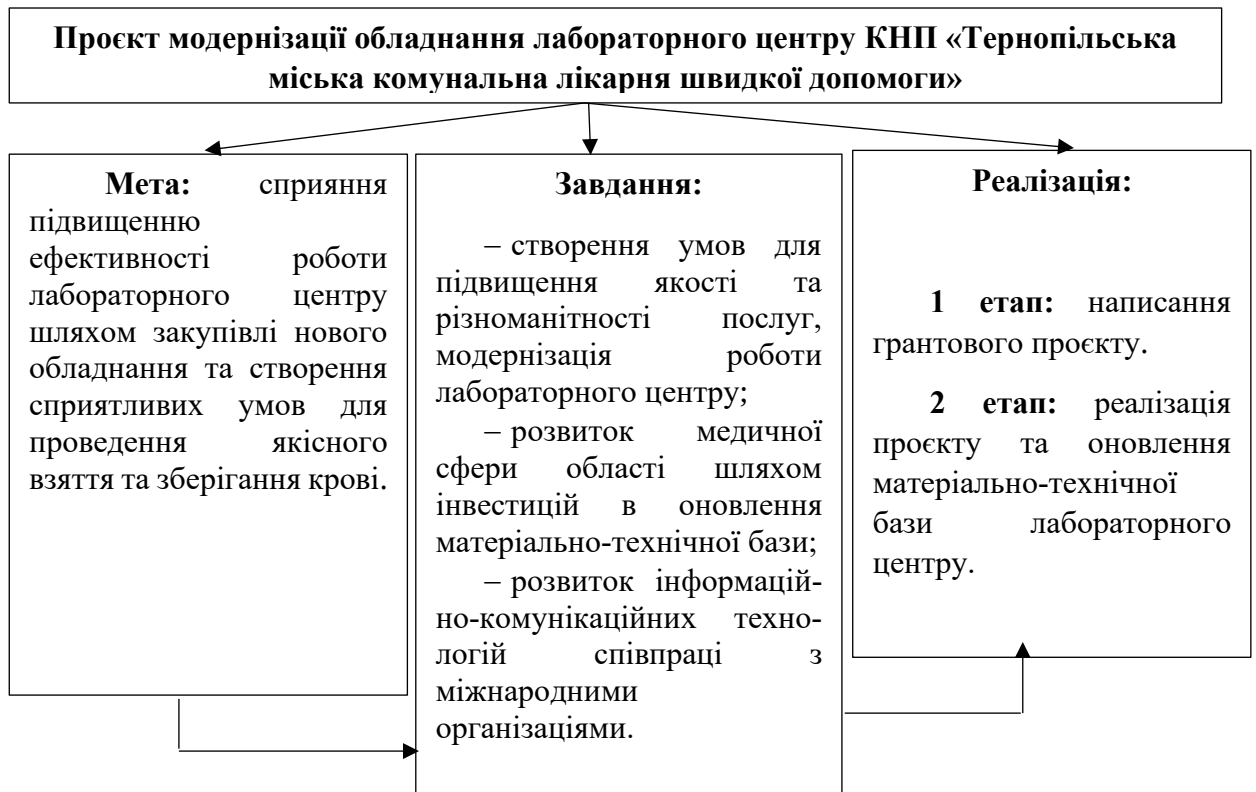


Рисунок 3.2 – Алгоритм реалізації проєкту модернізації лабораторного центру

Актуальність проєкту зумовлена необхідністю впровадження сучасних рішень у роботу медичних закладів, включаючи модернізацію процедур забору крові в умовах стаціонару, виконання високоточних аналізів та надання інноваційних медичних послуг. Інноваційність проєкту полягає у вдосконаленні роботи лабораторного центру під час війни, а також у розвитку соціального партнерства через співпрацю з іншими установами сфери охорони здоров'я. Схематичне відображення взаємодій у реалізації проєкту наведено на рисунку 3.3. Із наведеного рисунка видно, що кожен учасник взаємодії буде виконувати важливі функції в процесі розробки та реалізації проєкту модернізації лабораторного центру КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».

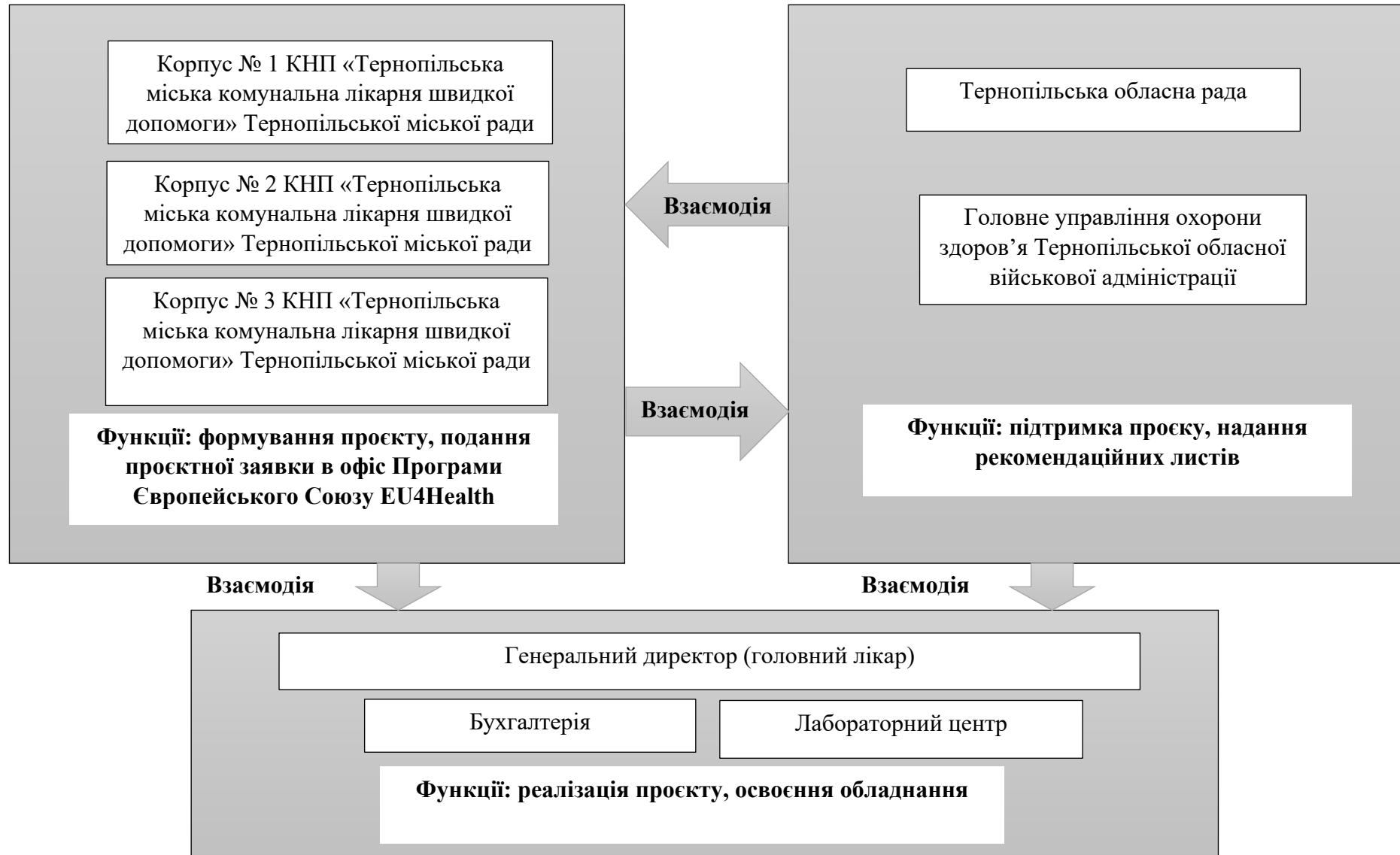


Рисунок 3.3 – Інституційна взаємодія при реалізації проєкту модернізації лабораторного центру КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Зокрема, ініціаторами проєкту можуть бути представники різних корпусів КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». Підтримку у його формуванні та реалізації надаватимуть Тернопільська обласна рада та Головне управління охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації. Виконавцем проєкту буде головний лікар КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». Крім того, нове обладнання принесе переваги й іншим медичним закладам міста Тернополя та області. Тернопільська університетська лікарня зможе проводити наукові дослідження з використанням сучасного обладнання.

Завдання центру також полягатиме в тому, щоб привернути увагу громадськості до проблем у медичній сфері та залучити додаткові ресурси для розвитку найбільш актуальних напрямів діяльності медичної установи. Проєкт орієнтований на ефективне використання фінансових та матеріальних ресурсів для вдосконалення роботи лабораторного центру.

Перелік необхідного обладнання для модернізації лабораторного центру КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» наведено в таблиці 3.1. Отже, найбільш необхідними видами обладнання, які доцільно придбати за проєктні кошти, є автоматичний гематологічний аналізатор DF-50CRP, автоматичний біохімічний аналізатор Biochem FC-120 та автоматичний імунохемілюмінесцентний аналізатор MAGLUMI X3. Ці прилади призначені для взяття та проведення різноманітних аналізів крові людини, що забезпечує своєчасне та високоточне виконання лабораторних досліджень. Загальна вартість витрат на обладнання становить 1072 тис. грн.

Новітнє обладнання для забору аналізів є ключовим елементом для забезпечення точності та надійності медичних досліджень. Сучасні технології дозволяють мінімізувати ризик помилок під час взяття зразків, що особливо важливо для постановки правильного діагнозу. Це також сприяє оптимізації роботи персоналу, зменшуючи фізичне навантаження та економлячи час.

Таблиця 3.1 – Перелік, вартісні характеристики, функціональне призначення та особливості обладнання, яке потрібно закупити у лабораторний центр [29]

№ з/п	Назва обладнання	Функціональне призначення та особливості приладу	Вартість, тис. грн.
1	2	3	4
1	Автоматичний гематологічний аналізатор DF-50CRP	Пристрій здатний провести аналіз менш ніж за 60 секунд, що забезпечує високу ефективність роботи (приблизно 60 аналізів за годину). Невелика кількість зразка крові, можливість роботи з відкритою пробіркою та спеціальний режим для аналізу капілярної крові без попереднього розведення роблять цей апарат ідеальним вибором для дитячих медичних закладів і центрів догляду за новонародженими. Інтегрована система контролю якості дозволяє відстежувати дотримання правил Вестгарда, а також візуалізувати графіки Леві-Дженнінгса. Програмне забезпечення включає вбудовану базу даних для збереження до 50 тисяч результатів аналізів, а також функції пошуку та передачі даних.	313
2	Автоматичний біохімічний аналізатор Biochem FC-120	Biochem FC 120 – це компактний повністю автоматизований біохімічний аналізатор, розрахований на продуктивність до 100 тестів на годину. Завдяки відкритій системі для реагентів, він ідеально підходить для експрес-лабораторій і невеликих медичних закладів. Технічні характеристики: – Енергоспоживання: 1000 ВА. – Габарити: 64x48x51 см. – Вага: 45 кг. Діапазон тестів: Ферменти: АЛТ, АСТ (амінотрансферази), лужна та кисла фосфатази, креатинкіназа (зокрема, МВ-фракція), ЛДГ (лактатдегідрогеназа), ГГТ (гамма-глутамілтрансфераза), амілаза, ліпаза. Субстрати: альбумін, прямий та загальний білірубін, гемоглобін, глюкоза, сечовина, креатинін, сечова кислота, загальний білок, тригліцериди, холестерин (загальний, ЛПВЩ, ЛПНЩ), лактат, мікропротеїн. Цей аналізатор має широкий спектр застосувань, зокрема в діагностиці біохімічних показників крові, що забезпечує точність і зручність у роботі для лабораторій будь-якого рівня.	395

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
3	Автоматичний імунохемілюмінесцентний аналізатор MAGLUMI X3	Цей компактний пристрій поєднує високу продуктивність і широкий діапазон тестів, роблячи його незамінним для лабораторій з високими вимогами до швидкості та якості аналізів. Основні характеристики: – пропускна здатність: до 200 тестів на годину, що забезпечує швидке отримання результатів. – метод аналізу: використання прямої хемілюмінесценції без ферментів, що гарантує високу точність і відтворюваність. – технології: застосування магнітної сепарації для ізоляції проб і ABEI-мітки (технологія для підвищення чутливості). – тестова панель: підтримує понад 160 параметрів, включаючи діагностику гормонів, онкомаркерів, інфекційних захворювань, алергенів тощо. Цей прилад особливо ефективний у високонавантажених лабораторіях та медичних центрах, де необхідна швидка і точна діагностика за широким спектром біохімічних показників.	364

Основними ефектами від впровадження нового обладнання будуть збільшення кількості забору аналізів завдяки підвищеній пропускній здатності обладнання, а також зростання обсягу наданих послуг і попиту на ці послуги серед населення. Прогнозні результати щодо кількості осіб, які пройдуть обстеження на новому обладнанні лабораторного центру, були розраховані за допомогою три-, п'яти- та семиперіодної середньої (табл. 3.2, рис. 3.4). Передбачається, що проєкт буде реалізовано починаючи з березня 2025 року.

Таблиця 3.2 – Результати прогнозування кількості осіб, які пройдуть обстеження на новому обладнанні

Місяці 2025 року	Номер періоду	Кількість осіб, які пройдуть обстеження на новому обладнанні	Прогнозований результат (триперіодна середня)	Прогнозований результат (п'ятиперіодна середня)	Прогнозований результат (семиперіодна середня)
1	2	3	4	5	6
Березень	1	125	—	—	—

Продовження таблиці 3.2

1	2	3	4	5	6
Квітень	2	136	130,00	–	–
Травень	3	129	129,33	127,80	–
Червень	4	123	126,00	129,40	130,14
Липень	5	126	127,33	130,00	133,00
Серпень	6	133	132,67	133,20	136,71
Вересень	7	139	139,00	141,00	139,43
Жовтень	8	145	148,67	145,40	–
Листопад	9	162	151,67	–	–
Грудень	10	178	–	–	–

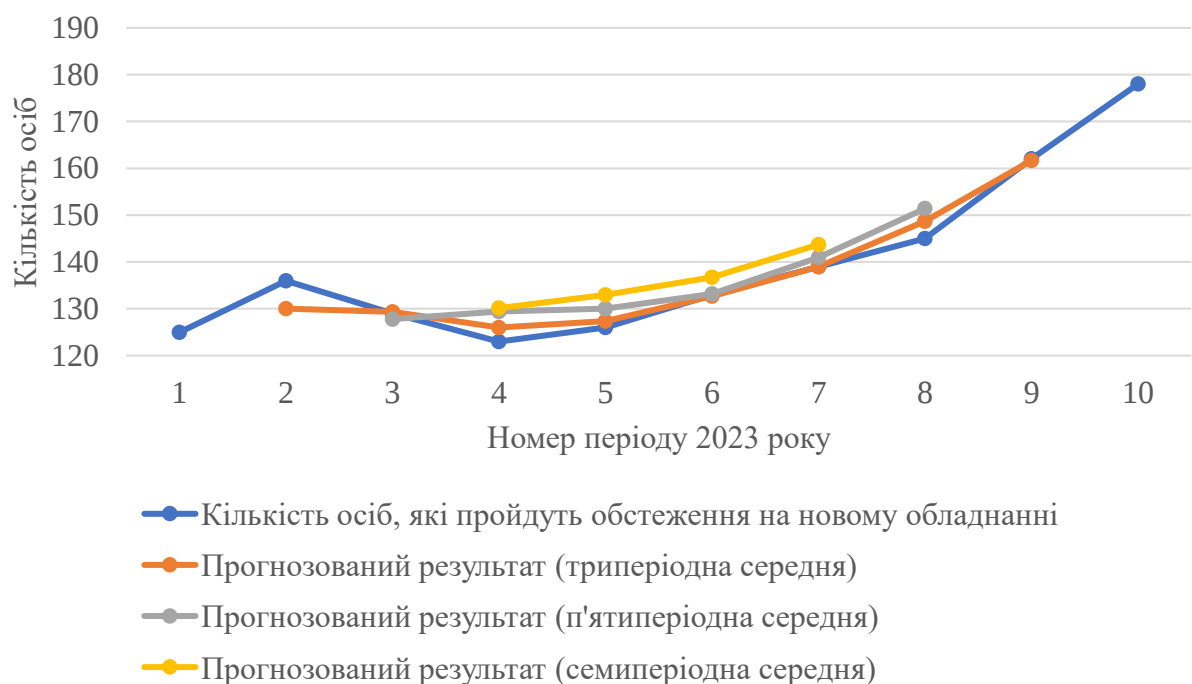


Рисунок 3.4– Графічне представлення прогнозування кількості осіб, які пройдуть обстеження на новому обладнанні

Отже, результати проведених досліджень підтвердили важливість встановлення взаємодії з міжнародними організаціями для отримання безповоротної фінансової допомоги. Оновлене обладнання забезпечить високу якість результатів обстежень, що, в свою чергу, вплине на обсяги діяльності та дозволить установі отримати стабільний фінансовий дохід у вигляді зростання прибутку від наданих послуг. Прогнозований обсяг доходу КНП

«Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» був розрахований за допомогою методу зваженої середньої (табл. 3.3, рис. 3.5).

Таблиця 3.3 – Прогноз додаткового доходу КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» від використання нового обладнання за допомогою показника зваженої середньої

Місяць	Номер періоду	Прогнозована вартість наданих послуг на новому обладнанні, Y	Кількість осіб, які пройдуть обстеження на новому обладнанні, B	Y* B	Зважена середня
Березень	1	85602	125	10700250	
Квітень	2	91320	136	12419520	84613,423
Травень	3	76585	129	9879465	79336,763
Червень	4	68973	123	8483679	74657,079
Липень	5	78232	126	9857232	80938,364
Серпень	6	94568	133	12577544	90862,088
Вересень	7	98765	139	13728335	97936,149
Жовтень	8	100231	145	14533495	101758,06
Листопад	9	105693	162	17122266	105148,22
Грудень	10	108658	178	19341124	
Сума		908627	1396	128642910	

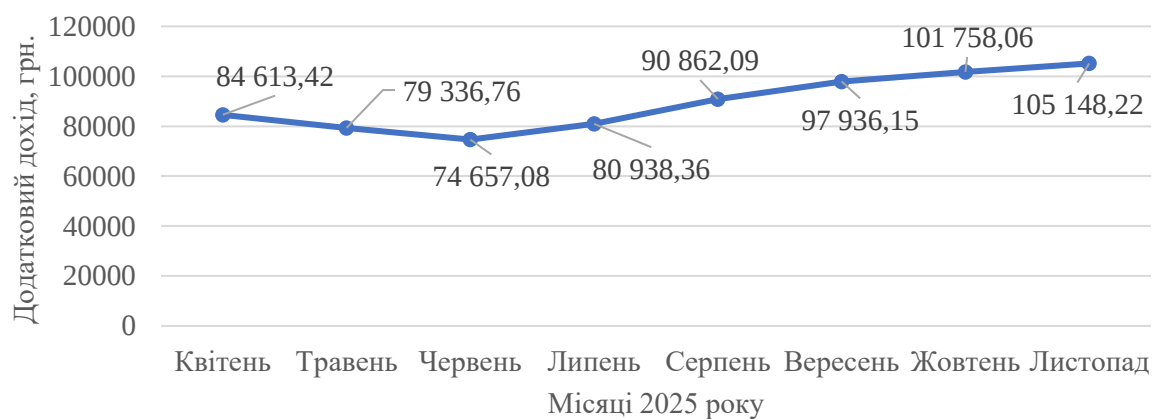


Рисунок 3.5 – Графічне представлення прогнозу додаткового доходу КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» від використання нового обладнання за допомогою показника зваженої середньої

За результатами прогнозування, дохід від наданих послуг із використанням нового обладнання збільшуватиметься щомісяця, і до кінця 2025 року, за 11 місяців, складатиме 908 627 грн. Окрім фінансового ефекту, використання нового обладнання матиме низку соціальних переваг. Завдяки оновленим аналізаторам лабораторний центр зможе отримувати точніші результати аналізів. Гематологічний аналізатор надасть більш точні дані про клітини крові, а біохімічний — про білкові фракції та інші показники. Нове обладнання дозволить значно розширити перелік платних послуг, зокрема для визначення загального та біохімічного аналізу крові. Таким чином, оновлення обладнання забезпечить довгостроковий позитивний ефект і сприятиме динамічному розвитку КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» в майбутньому.

3.2 Упровадження технологій штучного інтелекту в управлінські процеси медичного закладу

В останні десятиліття значно зріс інтерес до використання штучного інтелекту (ШІ) в охороні здоров'я, який змінює парадигму завдяки зростанню доступності медичних даних та швидкому розвитку аналітичних методів. ШІ можна застосовувати до різних видів медичних даних – як структурованих, так і неструктурованих.

Популярні методи ШІ включають методи машинного навчання для структурованих даних, такі як класична машина опорних векторів і нейронна мережа, сучасне глибоке навчання, а також обробку неструктурованих даних. До основних галузей медицини, де застосовують інструменти ШІ, належать онкологія, неврологія, кардіологія, ендокринологія, стоматологія та ін. Найбільші світові ІТ-компанії, серед них Microsoft, IBM, Intel, Google та ін., мають власні розробки на основі ШІ, які допомагають вирішувати подібні задачі. Наприклад, IBM Watson - суперкомп'ютер фірми IBM, оснащений

системою ШІ, використовують для допомоги у прийнятті управлінських рішень при лікуванні хворих на рак легень.

Виробники медичного обладнання активно займаються дослідженнями та розробкою програм, які дозволяють штучному інтелекту аналізувати зображення з комп'ютерної томографії (КТ) для покращення якості зображень, а також використовувати його для лабораторних аналізів крові, збору даних з вимірювачів артеріального тиску, електрокардіографів та інших пристроїв. Крім того, досліджується можливість застосування ШІ для аналізу ДНК пацієнтів з метою вибору найбільш ефективних методів лікування (рис. 3.6).

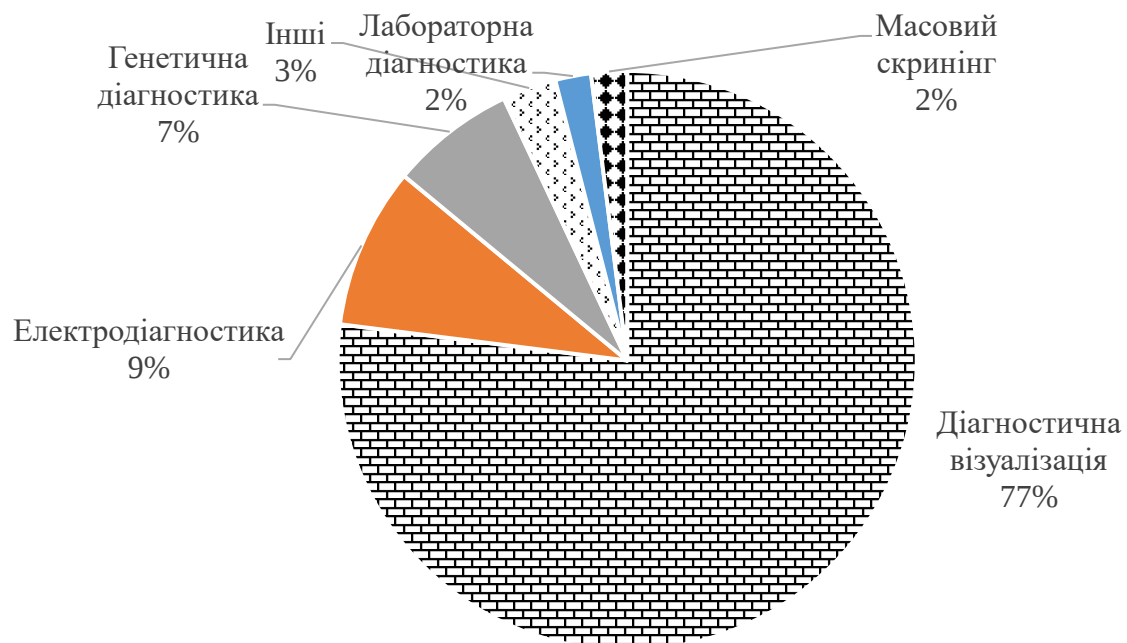


Рисунок 3.6 – Частка розподілу застосування ШІ в медицині європейських медичних закладів [30]

У лабораторній медицині штучний інтелект можна використовувати для прийняття оперативних рішень, а також для автоматизації або вдосконалення людських робочих процесів. Конкретні програми включають автоматизацію приладів, виявлення помилок, прогнозування, інтерпретацію результатів, використання тестів, геноміку та аналіз зображень (рис. 3.7). Для

впровадження ШІ працівникам лабораторної діагностики потрібна відповідна освіта, яка стосується як технології, так і її використання. Це може сприяти зменшенню витрат на охорону здоров'я, покращенню доступу до вичерпної інформації та підвищенню якості медичної допомоги, яку отримують пацієнти.

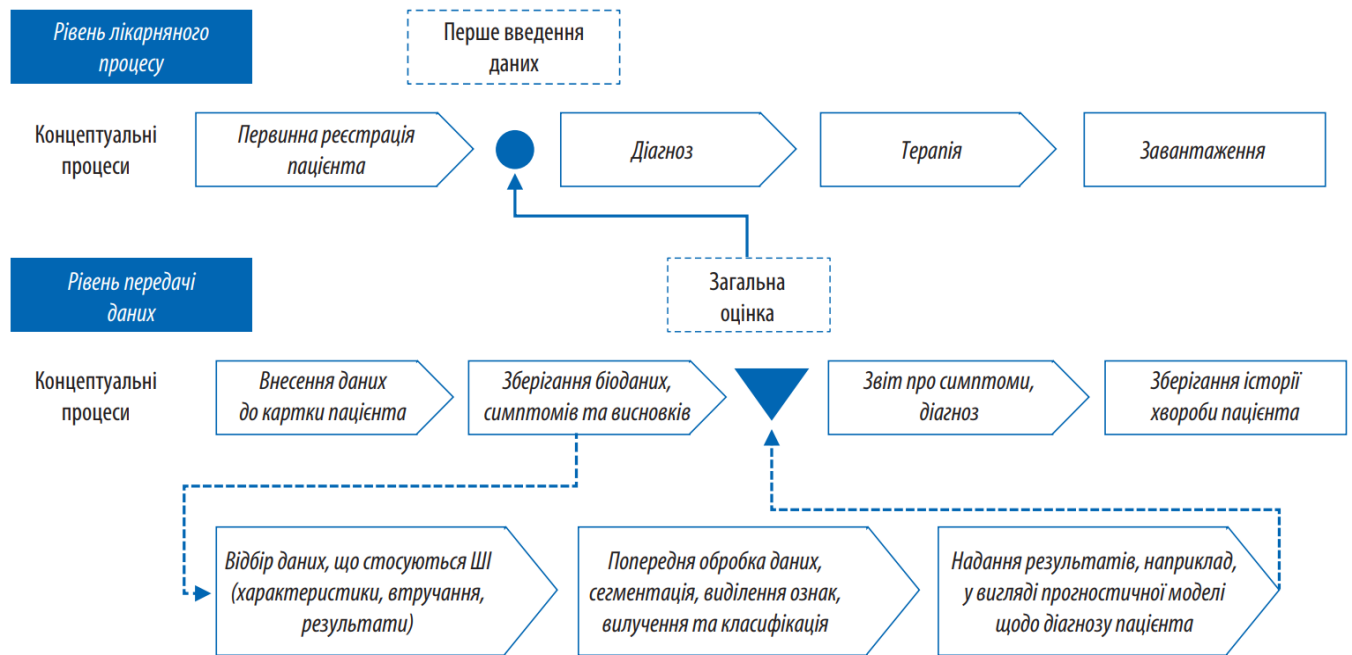


Рисунок 3.7 – Алгоритм впровадження ШІ в концептуальні процеси надання медичних послуг [30]

Ця схема демонструє структуру процесу обробки медичних даних на різних рівнях:

1. Рівень лікарняного процесу:

- починається з первинної реєстрації пацієнта і введення первинних даних;
- включає постановку діагнозу, терапію та оцінку результатів;
- результатом є звітність і планування подальшого лікування.

2. Рівень передачі даних:

- охоплює внесення інформації до картки пацієнта, збереження симптомів та висновків;

– передбачає обробку даних: виділення ознак, класифікацію та сегментацію;

– завершується наданням результатів, наприклад, у вигляді прогнозу або аналізу.

Ця модель відображає інтеграцію медичних даних та інтелектуальних технологій у лікувальний процес для покращення діагностики, терапії та довгострокового моніторингу пацієнтів.

Спробуємо проаналізувати основні можливості впровадження технологій штучного інтелекту в діяльність КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» з метою трансформації роботи керівників різних рівнів, лікарів та медсестер (рис. 3.8).



ШІ у роботі керівника медичного закладу

- Покращення обслуговування та контроль роботи адміністратора медичного закладу
- Автоматизація процесів діяльності
- Медична транскрипція



ШІ у роботі лікаря

- Діагностика із ШІ
- Прогноз ризиків здоров'ю за допомогою ШІ
- Штучний інтелект і телемедицина



ШІ у роботі медичної сестри

- Часткова заміна медсестри за викликом
- Навчання медсестер та допомога у прийнятті рішень за допомогою ШІ
- Моніторинг стану пацієнтів та запобігання ризикам за допомогою ШІ

Рисунок 3.8 – Систематизування основних напрямів упровадження технологій ШІ у діяльність керівника, лікаря та медичної сестри КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»⁸

⁸ Сформовано автором.

Штучний інтелект у роботі керівника:

1. Покращення обслуговування та контроль роботи адміністратора медичного закладу. Штучний інтелект може оцінити ефективність взаємодії адміністратора КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» з пацієнтами по телефону, перевіряти, чи дотримується він встановлених правил. ШІ також здатний автоматично виставити оцінку роботі працівника. Все це відбувається практично миттєво, на відміну від ручного прослуховування аудіозаписів людиною, що зазвичай займає значно більше часу.

Наприклад, українська платформа Ringostat розробила штучний інтелект, який дозволяє контролювати 100% розмов. Ця система розшифровує аудіозаписи на текст, створює стислий підсумок і навіть дає рекомендації щодо подальших дій після дзвінка. Крім того, ШІ можна налаштувати під специфіку конкретної медичної установи, враховуючи її сценарії розмов та регламенти. Наприклад, штучний інтелект буде знати, що адміністратор має під час розмови:

- привітатися, назвавши своє ім'я та назву закладу;
- запитати мету звернення потенційного пацієнта;
- дізнатися, чи пацієнт вже відвідував цей медичний заклад тощо.

Штучний інтелект також здатний розрізняти тему розмови та використовувати відповідні критерії для її оцінки. Наприклад, якщо пацієнт уже був на прийомі у лікаря і телефонує для запису на процедуру, адміністратор повинен нагадати йому правила підготовки. Залежно від того, чи виконав працівник усі необхідні дії, йому нараховуються бали. Підсумкові бали всіх адміністраторів можна переглянути у звіті.

Штучний інтелект також здатний «витягувати» з розмови важливу інформацію про пацієнта, таку як його стать, проблему, з якою він звернувся, чи в який філіал клініки хоче записатися тощо. Уся ця інформація може автоматично заноситися в картку клієнта, що дозволяє уникнути ручного введення даних (рис. 3.9).

Портрет клієнта	
Яка послуга зацікавила	Консультація дерматолога
Що турбує	Червоні плями на шкірі. Підозра на лишай
Передумови	Вже був оперізуючий лишай 10 років тому
Чи вже звертався до нашої клініки	Так
Вік	56 років
Тип дзвінка	
Запис на прийом до дерматолога	
Підсумок розмови	
Пацієнтку записали на 15 травня на 12:00 до дерматолога Петренка	
Настрій	
Настрій пацієнта	Позитивний
Настрій адміністратора	Позитивний, налаштований допомогти
Настрій розмови	Позитивний. Адміністратор надав усю потрібну інформацію та описав багаторічний досвід лікаря. Пацієнтка поставила кілька уточнюючих питань та записалася до лікаря.

Рисунок 3.9 – Приклад даних про дзвінок, які фіксує штучний інтелект

2. Автоматизація процесів діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». Штучний інтелект відіграватиме все більшу роль у керуванні медичним закладом та його процесами. Наприклад, знаючи, скільки часу залишилося до операції, ШІ допоможе лікарням ефективніше планувати використання ліжок і автоматично інформувати родину пацієнта про час завершення операції. Крім того, його можна застосовувати для адміністративних завдань, таких як планування зустрічей, обробка страхових претензій та управління медичною документацією.

Наприклад, компанія CloudMedX застосовує машинне навчання для допомоги лікарням і клінікам в організації даних пацієнтів та платіжної інформації, а також для швидкого доступу до історій хвороби. Крім того, ця платформа надає прогнозну аналітику для своєчасного втручання в критичні моменти догляду за пацієнтами. Також всесвітньо відома платформа Salesforce розробила рішення Einstein Copilot: Health Actions, яке використовує ШІ для автоматизації робочих процесів у сфері охорони здоров'я, таких як направлення, запис на прийом, оновлення планів догляду тощо (рис. 3.10).

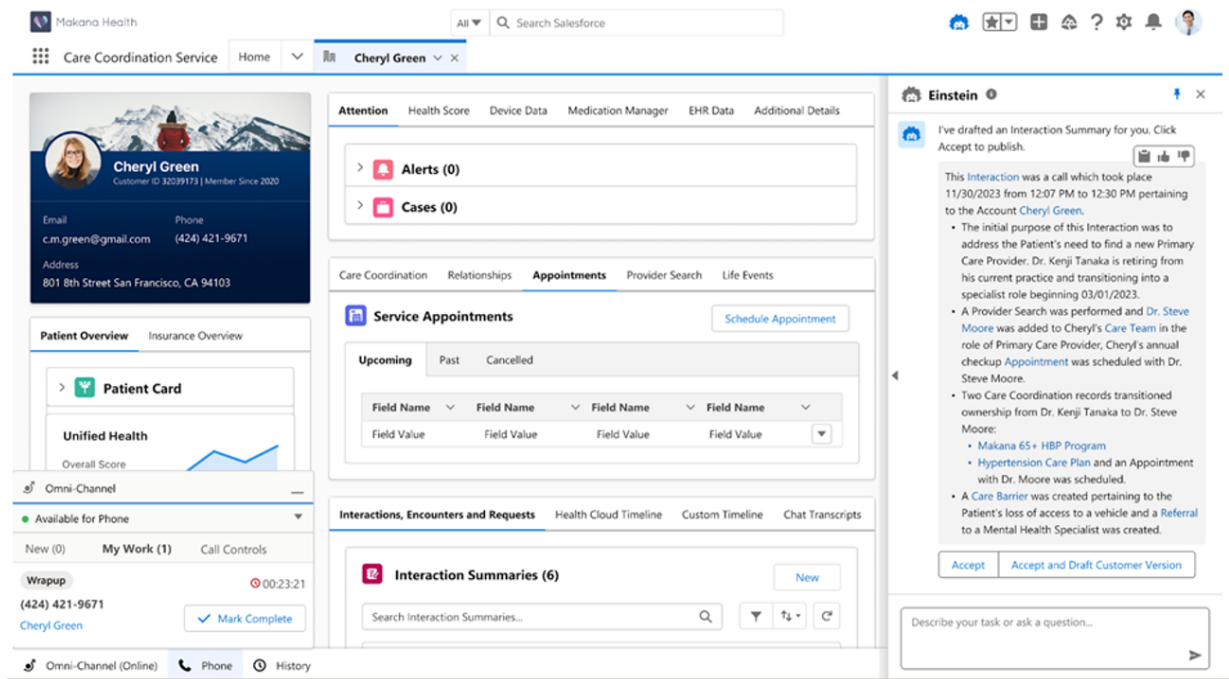


Рисунок 3.10 – Результати генерування підсумків взаємодії з пацієнтом для координатора медичної допомоги

Медична транскрипція – це процес переведення голосових записів медичних працівників у текстові документи. Оскільки цей процес займає багато часу, його ефективніше делегувати штучному інтелекту. Завдяки технології розпізнавання голосу, ці системи «прослуховують» резюме лікаря про відвідування пацієнта і транскрибують його в реальному часі, слово за словом. Деякі з таких інструментів інтегруються з електронними медичними картками, автоматично заповнюючи транскрибовані нотатки в системі.

Існують більш складні рішення, які отримують необхідну інформацію безпосередньо з розмови лікаря з пацієнтом. Вони аналізують медичні дані, що звучать під час діалогу, і узагальнюють їх у нотатках, які автоматично передаються до відповідних полів електронної медичної картки. При цьому ці системи фіксують тільки важливі дані, пов'язані з хворобою та лікуванням, і ігнорують несуттєву інформацію, наприклад, коротку розмову про погоду чи побажання гарного дня.

Штучний інтелект у роботі лікаря:

1. Діагностика за допомогою ШІ. Штучний інтелект все частіше застосовується в медичній діагностиці для підвищення точності та ефективності. За прогнозами ринку ШІ в медичній діагностиці, середньорічний темп зростання становитиме 24,80% з 2023 по 2031 рік [...]. Це пояснюється тим, що ШІ здатний обробляти великі обсяги даних і іноді виявляти закономірності, які можуть бути непомітними для людини. Наприклад, в одному дослідженні сертифіковані радіологи аналізували сотні рентгенівських знімків грудної клітки. В середньому їм потрібно було 4 години, щоб перевірити всі зображення, в той час як алгоритм штучного інтелекту, розроблений дослідницькою групою, виконав ту ж саму задачу з такою ж точністю всього за 90 секунд.

Інтерпретація сканувань за допомогою штучного інтелекту часто є надійнішою та точнішою, ніж аналіз рентгенологів, оскільки ШІ здатний виявити навіть незначні аномалії на зображеннях.

Інновації в діагностиці не оминули й великі корпорації. Наприклад, Google розробляє штучний інтелект для покращення скринінгу раку молочної залози. Зокрема, ШІ навчається на даних тисяч мамографів, що дозволяє йому аналізувати складні особливості зображень, які можуть свідчити про наявність раку.

В Україні штучний інтелект вже застосовують для діагностики туберкульозу, аналізуючи знімки та відображаючи патології у вигляді теплової карти легенів. За словами лікарів, це дозволяє виявляти ураження з високою точністю, іноді до 100%. У двох медичних закладах Івано-Франківська ШІ використовують для аналізу рентгенівських знімків, зображень з УЗД, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії. Програма швидко знаходить вузлики в легенях, а також здатна ідентифікувати анатомічні структури мозку та оцінювати серцевий кровотік.

2. Штучний інтелект у хірургії. Здається, що в такій високоточній галузі неможливо покладатися на когось, окрім досвідченого фахівця. Проте навіть

у хірургії штучний інтелект знаходить своє застосування, сприяючи підвищенню точності хірургічних процедур.

Є медичні установи, де ШІ та робототехніка застосовуються на всіх етапах – від мінімально інвазивних процедур до складних операцій, зокрема на відкритому серці. Хірург управляє механічними руками через комп'ютерну консоль, а робот надає лікарю тривимірне збільшене зображення операційної області. Крім того, хірург може координувати дії інших членів команди, які працюють разом з роботом протягом усієї операції. Такий підхід дозволяє знижувати ризик післяопераційних ускладнень, зменшувати біль і прискорювати процес відновлення пацієнта.

Аналізуючи мільйони хірургічних відео, ШІ здатний прогнозувати наступні 15-30 секунд операції, надаючи додатковий нагляд під час процедури. Крім того, він функціонує як експертний асистент, надаючи інформацію про схожі випадки, пояснюючи поточні етапи операції та передбачаючи можливі події, що можуть статися далі.

Однією з важливих сфер застосування ШІ є запобігання хірургічним ускладненням. Наприклад, в Університеті Флориди була розроблена система MySurgeryRisk, яка оцінює, які пацієнти мають підвищений ризик післяопераційних ускладнень і потребують більш інтенсивного нагляду під час або після операції. Дослідження 67 хірургів, які використовували цей алгоритм, показало, що початкові прогнози часто недооцінюють ймовірність утворення тромбів і переоцінюють ризик інших ускладнень, таких як важкий сепсис. Завдяки використанню алгоритму точність оцінки ризику хірургами значно покращилася.

3. Прогнозування ризиків для здоров'я за допомогою ШІ. Очікується, що в найближчому майбутньому штучний інтелект стане важливим інструментом для оцінки ризиків і прогнозування захворювань. Вже існують рішення, які використовують дані пацієнтів та національні реєстри для таких оцінок. Також популярними є інструменти, що отримують інформацію про стан здоров'я пацієнта через спеціалізовані пристрої. Наприклад, лікарі з Cano Health

протестували ШІ для виявлення діабетичної ретинопатії, що аналізує зображення сітківки з камери для очей. А стартап Knowlepsy AI розробив рішення для людей з епілепсією, яке дозволяє прогнозувати ймовірність нападу. Це рішення відстежує життєво важливі показники та синхронізує їх з мобільним додатком через наручний пристрій, що дозволяє пацієнтам обмінюватися даними з лікарями.

Лікарня Sinai у Балтиморі використовує алгоритм для виявлення пацієнтів з високим ризиком розвитку сепсису. Він враховує понад 250 факторів, зокрема показники здоров'я, вік, стать пацієнта та історію хвороб. Коли алгоритм виявляє сепсис або наближення до септичного стану, він надсилає сповіщення лікарям. Потім медичні працівники аналізують надані дані та визначають необхідне лікування.

4. Штучний інтелект і телемедицина. Взаємодія з лікарем не завжди потребує фізичної присутності, особливо коли медичні працівники дуже завантажені, як це було під час пандемії чи під час війни. Одеса стала першим містом в Україні, де запустили пілотний проєкт телемедицини BrainScan. Ця система дозволяє здійснити діагностику захворювань або ушкоджень головного мозку за 5 хвилин, що є критично важливим у екстрених ситуаціях. Вона призначена для використання в прифронтових зонах, дозволяючи лікарю швидко отримати результат і ухвалити рішення щодо лікування.

В Україні також було впроваджено штучний інтелект для віддаленого моніторингу здоров'я вагітних жінок. Ця інновація особливо важлива в регіонах, де через війну обмежений доступ до акушерсько-гінекологічних послуг. Контроль здійснюється за допомогою спеціального пристрою та програмного забезпечення, а ШІ аналізує стан плода та складає звіт з 30 показниками. Ця розробка вже допомогла провести пологи у жінки, яку не вдалося доставити до лікарні через обмеження окупантів та загрозу розстрілу.

Існують також чат-боти, де можна задавати питання про здоров'я та завантажувати результати аналізів. Бот може зробити попередній діагноз і скласти орієнтовний план лікування, який потім перевіряють лікарі.

Наприклад, у додатку Docus AI Doctor діагнози підтверджують понад 350 лікарів з 15 країн. Іншим прикладом є бостонська платформа Biofourmis, яка підтримує догляд та відновлення пацієнтів вдома. Платформа інтегрується з мобільними та іншими пристроями, збирає дані і проводить віртуальні "візити" лікаря. Це дозволяє лікарням виписувати пацієнтів раніше та дистанційно моніторити їхній прогрес.

Штучний інтелект у роботі медсестри:

1. Часткова заміна медсестри за викликом. Під час пандемії команда вчених з Гонконгу розробила робота-медсестру, на ім'я Грейс. Робот оснащений тепловізором, щоб вимірювати температуру пацієнтів, використовує AI для діагностики та вміє розмовляти кількома мовами. Чат-боти на основі ШІ могли б зменшити потребу в наявності медсестри за викликом. Наприклад, пацієнт міг би запитати у нього після операції, чи є нормальними певні симптоми. Використання чат-ботів уже випробувано в акушерстві, і 96% пацієнтів сприйняли інструмент позитивно. Вже існує подібне рішення від Sensely, на ім'я Моллі, яке ставить пацієнтам запитання, оцінює їхні симптоми та спрямовує, куди потрібно.

2. Навчання медсестер та підтримка прийняття рішень за допомогою ШІ. Школи медсестер вже застосовують чат-боти для створення симуляцій, які відтворюють реальні взаємодії між медичним персоналом і пацієнтами. Також активно обговорюється перспектива використання роботів, які будуть працювати в команді з медсестрами. Крім того, студенти починають вивчати технології штучного інтелекту в медичних коледжах.

У сестринській справі ШІ може суттєво допомогти студентам і медсестрам приймати більш обґрунтовані рішення щодо пацієнтів. Наприклад, чат-бот можна використовувати для запитів щодо стану пацієнта або для прийняття рішень щодо зміни пов'язки чи коригування ліків.

Крім того, ШІ вже використовується в системі сортування пацієнтів для відділень невідкладної допомоги. Це дозволяє отримувати клінічну інформацію про пацієнтів у реальному часі, що допомагає медсестрам швидкої

допомоги ефективно розподіляти потік пацієнтів і оперативно направляти осіб з високим ризиком до відповідних спеціалістів.

3. Моніторинг стану пацієнтів та запобігання ризикам за допомогою ШІ. Оскільки медсестра не може бути поруч з пацієнтом постійно, штучний інтелект допомагає вирішити цю проблему. У одному з регіональних медичних центрів Айдахо використовують віртуальних медсестер і платформу care.ai для постійного моніторингу пацієнтів на предмет потенційних ризиків. Віртуальні медсестри можуть заздалегідь попереджати реальних медсестер про можливі проблеми, що дозволяє медичним командам діяти проактивно.

Віртуальні медсестри також можуть здійснювати перевірку пацієнтів через відеодзвінки. Якщо пацієнт дасть дозвіл, камера включається, і цифрова медсестра з'являється на екрані телевізора в кімнаті. Існують також рішення, які допомагають запобігати падінням пацієнтів, оскільки тільки в США щорічно близько мільйона пацієнтів зазнають травм в лікарнях через падіння. Система прогнозування падінь IRT аналізує особисті дані для виявлення пацієнтів із високим ризиком падінь, враховуючи такі фактори, як медикаменти, режим сну та зміни в вазі. Це дозволяє медсестрам визначати, за якими пацієнтами слід здійснювати додатковий нагляд.

Незважаючи на очевидні переваги, які ШІ може принести в медицину, багато пацієнтів та медичних працівників залишаються скептично налаштованими:

- 60% американців відчували б дискомфорт, якщо їхній лікар покладался б на ШІ для діагностики та лікування;

- Лише 38% опитаних вважають, що впровадження ШІ в охорону здоров'я покращить стан здоров'я, а 33% вважають, що це може погіршити ситуацію.

Етичні питання, конфіденційність та безпека даних, можливість отримання некоректної інформації та сумісність з існуючими системами залишаються предметом дискусій. Виникає питання, хто буде нести відповідальність у разі помилок, якщо щось піде не так під керівництвом ШІ:

лікар, розробник ІІІ чи лікарня, що закупила таке рішення? Щодо медсестер, існує переконання, що ІІІ не зможе повністю замінити їх, оскільки йому не під силу надавати емоційну підтримку, виражати співчуття та співпереживання, що багато пацієнтів цінують у медичному догляді.

Однак на ІІІ варто дивитися не лише як на заміну, а й як на інструмент, що підтримує медичний персонал. Остаточне рішення, безумовно, має приймати лікар. Враховуючи, що без цифрових помічників вже неможливо обійтися, це стає ще важливішим. Обсяг медичних даних зростає, населення Європи старіє, а навантаження на медичні заклади зростає, що призводить до помилок і погіршує якість догляду. ІІІ може стати вирішенням цієї проблеми, автоматизуючи рутинні завдання та відкриваючи нові можливості для лікування.

Економічний ефект від впровадження ІІІ в діяльність КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» можна оцінити через порівняння витрат, доходів та якісних показників до та після інтеграції технологій. Основними етапами цього процесу є:

1. Ідентифікація сфер впливу ІІІ: необхідно визначити, які конкретні процеси оптимізує ІІІ, наприклад, управління записами пацієнтів, оптимізація графіків лікарів, аналіз медичних даних для діагностики, зменшення адміністративних витрат.

2. Визначення витрат на впровадження: сюди входять: витрати на розробку чи ліцензування ІІІ-рішень, навчання персоналу та інтеграцію з існуючими системами.

3. Визначення економії або додаткового доходу: оцінюються аспекти, як-от зменшення витрат на адміністративні функції, скорочення часу обслуговування пацієнтів, збільшення кількості обслугованих пацієнтів, а також зниження ризиків помилок у діагностиці (наприклад, штрафи або повторні звернення).

Для розрахунку економічного ефекту від впровадження ІІІ в діяльність лікарні можна використати наступну формулу:

$$E_{\text{III}} = (D_{\text{д}} + B_{\text{з}}) - B_{\text{III}}, \quad (3.1)$$

де

E_{III} – економічний ефект від упровадження ІІІ;

$B_{\text{з}}$ – зекономлені витрати;

$D_{\text{д}}$ – додаткові доходи;

B_{III} – витрати на впровадження та обслуговування ІІІ.

Здійснимо розрахунок економічного ефекту від впровадження віртуального асистента для обробки стандартних запитів пацієнтів, які телефонують до КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Розрахунок економічного ефекту від упровадження віртуального асистента для опрацювання стандартних запитів від пацієнтів, що телефонують до КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

№ з/п	Найменування показника	Значення показника
1	2	3
Вихідні дані для розрахунку		
До впровадження:		
1	Середній час обслуговування пацієнта	20 хвилин
2	Кількість пацієнтів на місяць	1000
3	Адміністративні витрати	200 000 грн/міс.
Після впровадження:		
4	Середній час обслуговування пацієнта	15 хвилин
5	Кількість пацієнтів на місяць	1 333 (на 33% більше)
6	Адміністративні витрати скорочено на 30%	до 140 000 грн/міс
7	Витрати на впровадження ІІІ	500 000 грн (одноразово)
Розрахунок		
Додаткові доходи:		
8	Додаткових пацієнтів	1 333 – 1 000 = 333

Продовження таблиці 3.4

1	2	3
9	Середній дохід з одного пацієнта	300 грн.
10	Додатковий дохід	$333 \times 300 = 99\,900$ грн. / міс.
Економія витрат		
11	Адміністративна економія	$200\,000 - 140\,000 = 60\,000$ грн. /міс.
12	Загальний ефект за місяць	$E_{\text{III}} = (60\,000 + 99\,900) - 20\,000 = 139\,900$ грн. / міс.
Окупність інвестицій:		
13	Термін окупності	$\approx 3,6$ місяці

Отже, впровадження штучного інтелекту в медичному закладі дозволить суттєво підвищити ефективність роботи. Час обслуговування пацієнта скоротиться з 20 до 15 хвилин, що дозволить збільшити кількість обслугованих пацієнтів на 33% (із 1000 до 1333 осіб на місяць). Адміністративні витрати зменшаться на 30%, з 200 000 грн. до 140 000 грн. на місяць. Додатковий дохід від залучення нових пацієнтів складе 99 900 грн на місяць, а економія витрат – 60 000 грн. Загальний економічний ефект становитиме 139 900 грн. на місяць, що дозволить повернути інвестиції в сумі 500 000 грн. за 3,6 місяці.

3.3 Підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Пацієнторієнтовану (пацієнтоцентровану) модель надання медичної допомоги вперше було описано Інститутом Пікера в 80-х роках ХХ століття на основі даних, отриманих через аналіз численних фокус-груп і телефонних інтерв'ю з пацієнтами та їхніми родинами щодо їхнього досвіду отримання медичних послуг. Основою цієї моделі стало бачення пацієнтів та їхніх родин про те, якою повинна бути система медичного обслуговування, щоб задовольняти як фізичні, так і психологічні потреби. Хоча надання медичної

допомоги, орієнтованої на пацієнта, може здатися дорогим процесом через потребу в новітньому обладнанні, великій кількості персоналу та покращенні інфраструктури, воно також може вимагати значних фінансових витрат.

Пацієнторієнтованість, однак, стосується взаємодії між людьми. Це про те, як кожен працівник медичного закладу ставиться до пацієнта та його родини. Мова йде про доброту, співчуття, емпатію, а також про бажання і готовність діяти в інтересах пацієнта. Основні концепти пацієнтоорієнтованості представлені на рисунку 3.11.

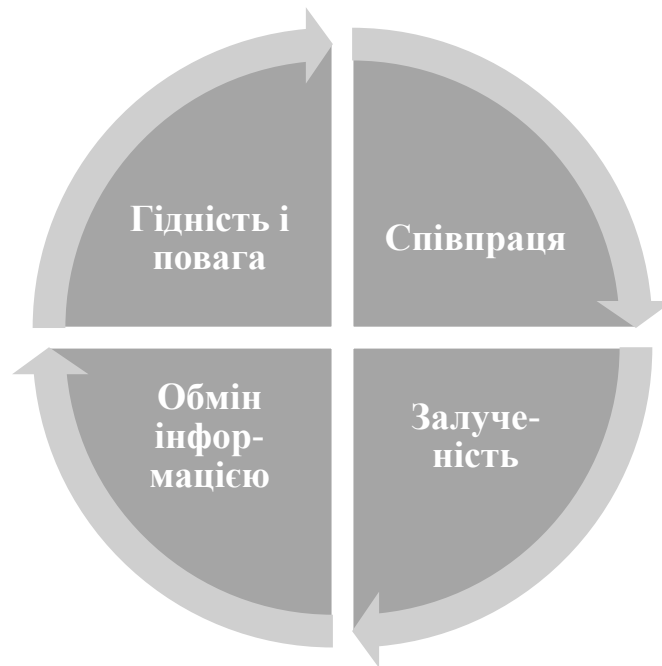


Рисунок 3.11 – Ключові концепти пацієнтоорієнтованості КНП
«Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Персоналізоване надання медичної допомоги не вимагає збільшення штату або дорогих діагностичних і лікувальних технологій. Згідно з результатами міжнародних досліджень, впровадження пацієнторієнтованої моделі сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів, дозволяє оптимізувати витрати, покращити якість медичних послуг, підвищити безпеку та популяризувати КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги».

Виділяють 8 принципів пацієнтоорієнтованості (рис. 3.12).



Рисунок 3.12 – 8 принципів пацієнторієнтованості [31]

Основними аспектами пацієнторієнтованого підходу в медицині є: повага до цінностей та переконань пацієнта, координація та інтеграція догляду, доступ до інформації та освіти, забезпечення фізичного комфорту, емоційна підтримка, залучення родини та друзів, безперервність і наступність догляду, а також своєчасний і безперешкодний доступ до медичних послуг. Ці принципи спрямовані на забезпечення комфортного, ефективного та індивідуального медичного обслуговування.

У рамках цього дослідження авторка розробила план змін для КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», спрямований на підвищення пацієнторієнтованості цього медичного закладу. Основна частина заходів у плані стосується видимих аспектів, які переважно пов'язані з восьмим принципом пацієнторієнтованості – своєчасністю та безбар'єрним доступом. Таблиця 3.1 підсумовує опис принципів пацієнторієнтованості та пропозиції для їх реалізації.

Отже, принципи пацієнторієнтованості визначають пацієнтів та їхні родини як центральних учасників системи охорони здоров'я, що змінює відносини між медичним персоналом і пацієнтами на партнерські. У цьому підході головним є не система та інфраструктура, а саме пацієнт, який

знаходиться в центрі уваги та пріоритету. Пацієнторієнтованість означає більше, ніж просто ввічливість, гарний ремонт чи нові меблі – це глибше розуміння потреб пацієнтів і надання їм належного рівня догляду.

Таблиця 3.5 – Практичний план реалізації пацієнторієнтованого підходу у діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

№ з/п	Принцип пацієнторієнтованості	Опис принципу	Рекомендовані заходи
1	2	3	4
1	Визнання та врахування цінностей, переконань і висловлених потреб пацієнта з метою забезпечення індивідуального підходу та створення комфортних умов для взаємодії	1. Активна участь пацієнтів у процесі прийняття рішень та визнання їх як індивідуальностей із власними унікальними цінностями та переконаннями. 1.2. Відношення до пацієнтів із повагою та чуйністю, враховуючи їхні культурні особливості та право на автономність.	– Розробка корпоративних стандартів етики та поведінки персоналу. – Організація тренінгів для працівників, спрямованих на розвиток навичок комунікації. – Формування спостережних та опікунських рад із залученням пацієнтів до участі у процесах прийняття рішень
2	Координація та інтеграція допомоги	2.1. Пацієнти часто відчують себе вразливими та безпомічними у боротьбі з хворобою. 2.2. Три основні напрямки координації: координація медичної допомоги; співпраця з соціальними службами; організація безпосереднього догляду за пацієнтами.	– Впровадження маршрутів пацієнтів – Налагодження співпраці з іншими надавачами послуг – як медичних, так і соціальних
3	Інформація, комунікація, навчання	3.1. Пацієнти відчують тривогу, якщо не отримують повної інформації про свій стан або прогноз розвитку хвороби. 3.2. Для зниження цього страху слід зосередитися на трьох аспектах комунікації: – надання інформації про клінічний стан пацієнта	– Організація тренінгів для персоналу щодо повідомлення складних новин. – Створення груп підтримки та шкіл для пацієнтів. – Проведення освітніх заходів для пацієнтів. – Розробка друкованих матеріалів – пам'яток, флаєрів, листівок

Продовження таблиці 3.5

1	2	3	4
		– Повідомлення про перебіг терапії / надання підтримки; – Надання інформації для посилення автономності, самоопіки та покращення добробуту.	
4	Фізичний комфорт і зменшення болю	4.1. Ступінь фізичного зручності має ключове значення для пацієнтів. 4.2. Пацієнти виокремили три напрями, які вважають особливо важливими: – контроль болю; – підтримка у виконанні повсякденних справ і задоволенні базових потреб; – заклад охорони здоров'я та його загальна атмосфера.	– Організація попереднього бронювання/реєстрації. – Облаштування внутрішнього простору приміщень з урахуванням специфічних потреб осіб із обмеженою рухливістю.
5	Психологічна підтримка та зниження тривоги	5.1. Страх і занепокоєння, пов'язані з захворюванням, можуть бути настільки ж виснажливими, як і його фізичні прояви. 5.2. Медичний персонал має приділяти особливу увагу: – тривожним переживанням пацієнтів щодо їхнього фізичного стану, терапії та прогнозу; – стурбованості пацієнтів стосовно впливу захворювання на їхнє життя та благополуччя родини.	– Навчальні тренінги для медичного персоналу з розвитку навичок ефективної комунікації з пацієнтами. – Проведення занять у рамках школи пацієнта. – Організація груп підтримки та взаємодопомоги тощо.
6	Участь родини та близьких	6.1. Цей принцип підкреслює значення ролі родини та друзів у переживаннях пацієнта. 6.2. У контексті сім'ї догляд за пацієнтом визначається наступним чином: – забезпечення можливості розміщення для родичів і друзів під час госпіталізації пацієнта.	– Залучення супроводжуючих, родини та близького оточення пацієнта до консультацій (за його згодою). – Інтеграція сім'ї в лікувальний процес: контроль прийому ліків, сприяння підвищенню прихильності до терапії.

Продовження таблиці 3.5

1	2	3	4
		– Участь родини та близьких у процесі прийняття рішень. – Підтримка членів сім'ї в їхній ролі доглядачів. – Визначення потреб родини та друзів пацієнта.	– Сприяння у подоланні шкідливих звичок або залежностей (створення для цього сприятливих умов). – Підтримка та навчання родин, які доглядають за пацієнтами з хронічними захворюваннями (муковісцидоз, психічні розлади, цукровий діабет, онкологічні хвороби тощо). – Підтримка членів сім'ї як доглядачів: навчання методам догляду за хворими та виконанню необхідних процедур. – Визначення психологічних потреб родини та друзів пацієнта: направлення до груп самодопомоги.
7	Неперервність і послідовність підтримки	– 7.1. Пацієнти виражають занепокоєння під час переходу між різними постачальниками медичних послуг. 7.2. Для задоволення потреб пацієнтів у цьому контексті необхідні: – чітка та детальна інформація щодо медикаментів, фізичних обмежень, дієтичних вимог тощо; – координація та планування поточного лікування і послуг після виписки зі стаціонару.	– Координація призначень та супроводу лікування хронічних хворих, а також тривалого лікування на рівнях первинної та спеціалізованої медичної допомоги. – Узгодження подальших етапів лікування/реабілітації вдома після стаціонарного лікування та складання спільного плану дій. – Погодження призначень інших медичних спеціалістів (з корекцією за потреби). – Переадресація до інших надавачів послуг, зокрема соціальних.
8	Оперативний та безперешкодний доступ	8.1. Пацієнти повинні бути поінформовані, що вони можуть звертатися за допомогою у разі потреби.	– Доступність медичних закладів для осіб з обмеженою рухливістю: пандуси, ліфти, місця для дитячих візочків, санітарні приміщення для осіб з інвалідністю тощо.

Продовження таблиці 3.5

1	2	3	4
		8.2. Це включає: – безперешкодний доступ до місця розташування медичних закладів; – наявність транспорту; – спрощення процесу планування візитів; – полегшення запису на прийом; – доступність направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб; – чіткі інструкції щодо отримання допомоги за направленням.	– Спрощення запису на прийом: запис через вебсайт, контакт-центр, реєстратуру, лікаря. – У контакт-центрі забезпечення технічних можливостей для відстеження пропущених дзвінків та здійснення зворотних дзвінків.

Дані проведеного дослідження доводять, що інтеграція орієнтації на пацієнта в КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня екстреної допомоги» є сучасним методом взаємодії з хворими, спрямованим на врахування їхніх інтересів і готовність підлаштовуватися під ці запити. Такі дії, безперечно, забезпечать результати у вигляді лояльності пацієнтів, задоволення медичних працівників своєю діяльністю та, зрештою, успіху цієї лікувальної установи.

Отже, у третьому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління медичним закладом. У роботі розглянуто ключові можливості використання матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», запропоновано алгоритм впровадження технологій штучного інтелекту в управлінські процеси медичного закладу, обґрунтовано шляхи підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності закладу охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1 Дослідження системи охорони праці комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Охорона праці – це система заходів і засобів, спрямованих на збереження життя, здоров'я та високої працездатності людини у процесі трудової діяльності. Забезпечення реалізації вимог з охорони праці медичних і фармацевтичних працівників базується на ряді законодавчих, директивних та нормативно-технічних документів, які регулюють відносини між роботодавцями та працівниками у цій важливій для працюючих сфері.

Проте наявність відповідної нормативно-правової бази не забезпечує автоматичного виконання вимог з охорони праці медичних і фармацевтичних працівників. Важливе значення для цього має також вирішення цілого ряду організаційних питань, що можливе лише при наявності налагодженої системи управління охороною праці [22].

Законодавство про охорону праці складається з Закону України «Про охорону праці», Кодексу законів про працю України, Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» та прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством України про охорону праці, застосовуються норми міжнародного договору.

Державна політика в галузі охорони праці визначається відповідно до Конституції України Верховною Радою України і спрямована на створення

належних, безпечних і здорових умов праці, запобігання нещасним випадкам та професійним захворюванням.

Державна політика в галузі охорони праці базується на принципах [23]:

- пріоритету життя і здоров'я працівників, повної відповідальності роботодавця за створення належних, безпечних і здорових умов праці;
- підвищення рівня промислової безпеки шляхом забезпечення суцільного технічного контролю за станом виробництв, технологій та продукції, а також сприяння підприємствам у створенні безпечних та нешкідливих умов праці;
- комплексного розв'язання завдань охорони праці на основі загальнодержавної, галузевих, регіональних програм з цього питання та з урахуванням інших напрямів економічної і соціальної політики, досягнень в галузі науки і техніки та охорони довкілля;
- соціального захисту працівників, повного відшкодування шкоди особам, які потерпіли від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;
- встановлення єдиних вимог з охорони праці для всіх підприємств та суб'єктів підприємницької діяльності незалежно від форм власності та видів діяльності;
- адаптації трудових процесів до можливостей працівника з урахуванням його здоров'я та психологічного стану;
- використання економічних методів управління охороною праці, участі держави у фінансуванні заходів щодо охорони праці, залучення добровільних внесків та інших надходжень на ці цілі, отримання яких не суперечить законодавству;
- інформування населення, проведення навчання, професійної підготовки і підвищення кваліфікації працівників з питань охорони праці;
- забезпечення координації діяльності органів державної влади, установ, організацій, об'єднань громадян, що розв'язують проблеми охорони здоров'я, гігієни та безпеки праці, а також співробітництва і проведення консультацій

між роботодавцями та працівниками (їх представниками), між усіма соціальними групами під час прийняття рішень з охорони праці на місцевому та державному рівнях;

- використання світового досвіду організації роботи щодо поліпшення умов і підвищення безпеки праці на основі міжнародного співробітництва.

Під час укладання трудового договору роботодавець повинен проінформувати працівника під розписку про умови праці та про наявність на його робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про права працівника на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до законодавства і колективного договору.

Працівнику не може пропонуватися робота, яка за медичним висновком протипоказана йому за станом здоров'я. До виконання робіт підвищеної небезпеки та тих, що потребують професійного добору, допускаються особи за наявності висновку психофізіологічної експертизи.

Усі працівники згідно із законом підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності.

Права працівників на охорону праці під час роботи передбачають, що умови праці на робочому місці, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, устаткування та інших засобів виробництва, стан засобів колективного та індивідуального захисту, що використовуються працівником, а також санітарно-побутові умови повинні відповідати вимогам законодавства (ст. 6).

Медичні працівники роблять значний внесок в збереження здоров'я працюючого населення і в підвищенні ефективності трудового потенціалу держави і добробуту громадян. У процесі виконання трудових обов'язків медичними працівниками доводиться контактувати з багатьма професійними шкідливостями і, на відміну від працівників інших категорій, не завжди можна

врахувати всі виробничі чинники, що впливають на організм лікарів і медичних сестер, і визначити їх інтенсивність [23].

Згідно Гігієнічної класифікації праці умови праці розподіляються на 4 класи [22]:

1 клас (оптимальні умови праці) – умови, за яких зберігається не лише здоров'я працівників, а й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності. Оптимальні гігієнічні нормативи виробничих факторів встановлені для мікроклімату та показників важкості трудового процесу. Для інших факторів за оптимальні умовно приймаються такі умови праці, за яких несприятливі фактори виробничого середовища не перевищують рівнів, прийнятих за безпечні для населення.

2 клас (допустимі умови праці) - умови, що характеризуються такими рівнями факторів виробничого середовища і трудового процесу, які не перевищують встановлених гігієнічних нормативів (а можливі зміни функціонального стану організму відновлюються за час регламентованого відпочинку або до початку наступної зміни) та не повинні чинити несприятливого впливу на стан здоров'я працівників та їх нащадків в найближчому і віддаленому періодах.

3 клас (шкідливі умови праці) - умови, що характеризуються такими рівнями шкідливих виробничих факторів, які перевищують гігієнічні нормативи та здатні чинити несприятливий вплив на організм працівника та/або його нащадків.

3 клас (шкідливі умови праці) за рівнем перевищення гігієнічних нормативів та вираженості можливих змін в організмі працівників поділяється на 4 ступеня:

1 ступінь (3.1) – умови праці, що характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища та трудового процесу, які викликають функціональні зміни, що виходять за межі фізіологічних коливань (останні відновлюються при тривалішій, ніж початок наступної зміни, перерві

контакту зі шкідливими факторами) та збільшують ризик погіршення здоров'я, у тому числі й виникнення професійних захворювань;

2 ступінь (3.2) – умови праці, що характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу, які здатні викликати стійкі функціональні порушення, призводять у більшості випадків до зростання виробничо обумовленої захворюваності та появи окремих випадків професійних захворювань, що виникають після тривалої експозиції;

3 ступінь (3.3) – умови праці, що характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу, які, крім зростання хронічної захворюваності (виробничо обумовленої та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності), призводять до розвитку професійних захворювань;

4 ступінь (3.4) – умови праці, що характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу, які здатні призводити до значного зростання хронічної патології та рівнів захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, а також до розвитку тяжких форм професійних захворювань;

4 клас (небезпечні умови праці) – умови, що характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу, вплив яких протягом робочої зміни (або її частини) створює загрозу для життя, високий ризик виникнення гострих професійних уражень, у тому числі й важких форм.

Система управління охороною праці закладів охорони здоров'я є невід'ємною складовою частиною загальної системи управління закладами і базується на сукупності взаємопов'язаних соціально-економічних, науково-технічних, організаційно-правових заходів, спрямованих на забезпечення безпеки, здоров'я та працездатності працюючих в процесі їх праці.

Метою управління охороною праці в закладах охорони здоров'я є забезпечення процесів формування здорових та безпечних умов праці, незалежно від форм власності та видів виробничої діяльності.

Об'єктами управління охороною праці є діяльність функціональних служб структурних підрозділів та власників щодо забезпечення на робочих місцях вимог нормативно-правових актів про охорону праці.

Суб'єктами управління є робітники, службовці, керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, власники.

Основна управлінська інформація, що використовується власником, є:

- а) Укази президента України;
- б) Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України;
- в) Рішення Національної ради з питань безпечної життєдіяльності населення при Кабінеті Міністрів;
- г) Накази органів, що здійснюють державний нагляд за охороною праці;
- д) Угоди з питань поліпшення умов і безпеки праці, укладені з профспілками;
- е) Матеріали перевірок стану охорони праці державними інспекторами, представниками Міністерства охорони здоров'я, місцевих держадміністрацій, матеріали служби охорони праці даного закладу і вповноважених трудового колективу з питань охорони праці, колективний договір та комплексні заходи щодо поліпшення стану охорони праці, накази та розпорядження керівника, матеріали розслідування нещасних випадків на виробництві та профзахворювань.

4.2 Створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру

Створення матеріальних резервів для запобігання виникненню надзвичайних ситуацій (далі – НС) і ліквідації їх наслідків (далі – матеріальні резерви) є одним з основних завдань єдиної державної системи цивільного захисту та невід'ємною частиною комплексу заходів щодо запобігання НС,

зниженню ризиків їх виникнення, а також зменшенню можливих негативних наслідків.

Матеріальні резерви створюються заздалегідь для невідкладного залучення їх для здійснення заходів інженерного, радіаційного, хімічного, медичного, медикобіологічного і протипожежного захисту.

Матеріальні резерви поділяються за своїм призначенням та цільовим використанням на оперативний, відомчий, регіональний, місцевий та об'єктовий і створюються [24]:

- оперативний – ДСНС;
- відомчий – Мінекоенерго, Мінекономіки, МОЗ, Мін'юстом (для установ виконання покарань та слідчих ізоляторів), Держводагентством, Держлісагентством та ДАЗВ;
- регіональний та місцевий – Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською і Севастопольською міськими, районними держадміністраціями та органами місцевого самоврядування;
- об'єктовий – суб'єктами господарювання, у власності або користуванні яких є об'єкт (об'єкти) підвищеної небезпеки або потенційно небезпечний об'єкт (об'єкти).

Організація роботи за напрямом матеріальних резервів передбачає розроблення організаційно-розпорядчих документів, таких як розпорядження (рішення, наказ) про створення матеріальних резервів, визначення відповідальних осіб, що забезпечують заходи із створення, зберігання, використання, поповнення резервів, визначення місць зберігання, затвердження номенклатури матеріального резерву з належними обґрунтуваннями.

Номенклатура та обсяги накопичення матеріальних резервів розробляються та підписуються відповідальними особами, які уповноважені керівниками на виконання завдань цивільного захисту, та затверджуються керівниками органів виконавчої влади, місцевого самоврядування

та підприємств, на яких покладені обов'язки щодо створення матеріальних резерв.

Номенклатура матеріальних резервів підлягає перегляду за необхідністю. Рішення щодо перегляду номенклатури матеріального резервів. приймається керівником органу (підприємства), на якого покладені обов'язки щодо створення матеріальних резервів. Під час затвердження номенклатури до неї додаються обґрунтовані пояснення із розрахунками щодо необхідності закладення до матеріальних резервів відповідних матеріальних цінностей [25].

У номенклатуру матеріальних резервів включаються тільки ті матеріальні цінності, що можуть бути використані для запобігання виникненню НС і ліквідації наслідків НС. Не можуть бути використані або застосовані матеріальні цінності, що втратили якісні властивості товару під час проведення заходів для запобігання виникненню НС і ліквідації їх наслідків, з підстав безпеки.

Визначення номенклатури (переліку) матеріальних цінностей матеріальних резервів здійснюється із урахуванням можливих техногенних, радіаційних, хімічних, біологічних, сейсмічних, гідрогеологічних та гідрометеорологічних катастроф, епідемій, епізоотій та епіфітотій.

Номенклатура та обсяги матеріальних резервів визначаються виходячи з:

- 1) аналізу НС, що сталися протягом певного періоду, їх повторюваність;
- 2) прогнозованих видів НС, що можуть виникнути, їх масштабу і характеру;
- 3) очікуваний обсяг робіт, спрямований на запобігання і ліквідацію наслідків НС, розмір потенційних збитків;
- 4) можливостей наявних сил і засобів для запобігання і ліквідації наслідків НС;

5) тривалості періоду забезпечення життєдіяльності постраждалого населення, протягом якого має здійснюватися постійне і стійке постачання матеріальних резервів;

6) природні, економічні та інші особливості регіону або об'єкта, техногенне навантаження місцевості.

Під час опрацювання номенклатури доцільно використовувати паспорти ризику виникнення НС, плани реагування на НС, інші аналітичні матеріали, що відображають стан забезпечення виконання завдань цивільного захисту окремих адміністративно-територіальних одиниць [26].

Номенклатура залежно від видів НС може охоплювати:

1. У районах можливого затоплення – індивідуальні рятувальні засоби (рятувальні жилети, круги), човни та інші засоби.

2. У районах радіаційного, хімічного забруднення та біологічного зараження – засоби індивідуального захисту, прилади РХБ розвідки та дозиметричного контролю, технічні засоби спеціальної та санітарної обробки, інше обладнання та засоби.

3. У районах пожеж і вибухів – пожежно-технічне обладнання та оснащення, засоби індивідуального захисту органів дихання, пожежний інвентар, вогнегасячі речовини, пально-мастильні матеріали та інше майно.

4. У сейсмічно-небезпечних районах та у районах виникнення землетрусів, ураганів, буревіїв, оповзнів, зсувів, гідрогеологічних та гідрометеорологічних катастроф – будівельні матеріали, лісоматеріали, металопрокат, пально-мастильні матеріали та інші засоби для відновлення зруйнованої інфраструктури, тимчасового розміщення постраждалого населення та його життєзабезпечення.

5. У виробничо-промисловому комплексі (крім шахт, автозаправних станцій) – респіратори, протигази, засоби індивідуального захисту, засоби дезактивації, спеціальний одяг, засоби медичного призначення та інші матеріальні цінності для захисту працівників об'єктів.

6. На водному об'єкті – сорбенти та бонові загородження, плавзасоби, рятувальне та водолазне спорядження, інші засоби.

7. На підприємствах з видобутку та переробки вугільної промисловості, руд – ізолюючі протигази, ПММ, засоби освітлення, ноші, резервні засоби енергопостачання, обмежувальні стрічки, будівельні матеріали, пісок, скло, цвяхи, дахове залізо або шифер, провід різний, мішки, лопати, відра, насосні станції, сіль, сорбенти, засоби радіаційної розвідки, дозиметри, протигази.

8. На об'єктах зберігання, переробки та реалізації нафтопродуктів – первинні засоби пожежогасіння, пожежний інвентар, обмежувальні стрічки, вогнегасні речовини, резервні джерела живлення, засоби освітлення, сорбенти тощо.

9. На підприємствах агропромислового комплексу – засоби для боротьби із шкідниками, дезактивації отрутно-хімічних речовин, запобігання і ліквідації підтоплення об'єктів агропромислового комплексу тощо.

Зв'язок є основним процесом, що забезпечує безперервне управління підрозділами під час ліквідації наслідків НС. Система зв'язку має забезпечувати надійне та своєчасне передавання наказів, розпоряджень, команд, сигналів і донесень на всіх етапах дій органів управління та підрозділів, залучених до ліквідації НС. Тому створення матеріального резерву засобів зв'язку має створюватися незалежно від характеру походження НС.

Створення матеріальних резервів передбачає придбання матеріальних цінностей згідно з попередньо розробленою, затвердженою, обґрунтованою номенклатурою центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, суб'єктами господарювання та їх зберігання, відповідно до встановлених норм і вимог.

Придбання матеріальних цінностей для створення або поповнення матеріальних резервів планується завчасно із розробленням бюджетних запитів та паспортів бюджетних програм для вчасного фінансування видатків відповідно до Закону України «Про державний бюджет» на відповідний рік

(для оперативного, відомчого, регіонального, місцевого резервів) і фінансових планів суб'єктів господарювання (для об'єктового) [24].

Створення або поповнення матеріальних резервів можливо також за рахунок гуманітарної допомоги, добровільних пожертвувань фізичних і юридичних осіб, благодійних організацій та об'єднань громадян, інших не заборонених законодавством джерел за умови закладання до резерву матеріальних цінностей, що за якістю та специфікацією відповідають спланованим резервам.

Матеріальні резерви передбачають фінансування за такими джерелами:

- оперативний – за рахунок коштів державного бюджету через Державну службу України з надзвичайних ситуацій (далі – ДСНС);
- відомчий – за рахунок коштів державного бюджету через центральні органи виконавчої влади, визначені Порядком;
- регіональний і місцевий – за рахунок коштів Автономної Республіки Крим, обласних, районних бюджетів, бюджетів місцевого самоврядування (у тому числі бюджетів об'єднаних територіальних громад);
- об'єктовий – за рахунок власних коштів підприємств.

Заходи щодо створення і використання матеріальних резервів для запобігання виникненню і ліквідації наслідків НС ґрунтуються на певних принципах [25]:

- 1) визначеність цільового призначення – номенклатура матеріальних резервів має враховувати відповідні регіональні, галузеві та виробничі особливості прояву НС;
- 2) раціональність розміщення – забезпечення максимального ступеня збереження матеріальних резервів та розміщення, що забезпечить їх доставку у мінімальний термін до місця призначення;
- 3) мобільність – підтримання високого рівня готовності матеріальних резервів до оперативного переміщення в зони НС, а також здійснення приймання і підготовки матеріальних резервів до використання у разі потреби;

4) достатність – кількість матеріальних резервів, їх структура, асортимент, якісні показники та характеристики мають забезпечувати проведення першочергових робіт із запобігання виникненню і ліквідації наслідків НС відповідно до прогнозованих наслідків, плану і послідовності проведення робіт, специфіки регіону або об'єкта, виду НС;

5) керованість – відповідність системи управління створенням і використанням матеріальних резервів на різних рівнях завданням, що вирішуються в процесі запобігання виникненню і ліквідації наслідків НС та зв'язок (взаємодія) системи управління з усіма органами різного рівня, які беруть участь у запобіганні виникненню і ліквідації наслідків НС;

6) економічність – мінімізація величини витрат (асигнувань), що виділяються на створення, зберігання і поповнення матеріальних резервів та отримуються з інших незаборонених чинним законодавством джерел.

Об'єми та номенклатура матеріальних резервів, що поповнюються, мають відповідати об'ємам та номенклатурі використаних матеріальних резервів для запобігання виникненню і ліквідації наслідків НС [26].

Після використання матеріальних резервів відповідальні особи за створення та використання матеріальних резервів планують поповнення резерву у плановому порядку. У разі виникнення непередбачених обставин з можливістю виникнення НС на основі даних моніторингу, експертизи, досліджень та прогнозів щодо можливого перебігу подій з метою недопущення їх переростання у НС або пом'якшення її можливих наслідків поповнення матеріальних резервів можливе за рахунок коштів резервних фондів.

З цією метою відповідальні особи за створення та використання матеріальних резервів готують керівникам центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств інформацію про обсяги використаних матеріальних резервів і подають пропозиції із розрахунками про необхідні до закупівлі та закладання до резерву обсяги матеріальних цінностей за рахунок коштів резервного фонду.

Закуплені резерви використовуються згідно з вимогами чинного законодавства України.

Зберігання матеріальних резервів здійснюється в умовах, передбачених інструкцією з експлуатації того чи іншого виду матеріальних цінностей, та відповідає державним стандартам України або технічним умовам.

Резерви розміщуються на об'єктах, призначених або пристосованих для їх зберігання, а саме на складах, базах, приміщеннях і майданчиках підприємств, установ і організацій за розпорядженням (рішенням, наказом, договором) керівників центральних і місцевих органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств з урахуванням їх оперативної доставки до можливих зон виникнення НС [24].

Місця розміщення резервів визначаються керівниками центральних і місцевих органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та підприємств шляхом видання організаційно-розпорядчих документів (розпоряджень, рішень, наказів).

У разі відсутності місць для розміщення матеріальних резервів уповноважені органи (підприємства) на створення матеріальних резервів можуть розміщувати матеріальні цінності на інших підприємствах незалежно від форми власності за згодою суб'єктів господарювання на договірних засадах.

З підприємством укладається договір відповідального зберігання. Зберігання та облік матеріальних резервів здійснюється в установленому законодавством порядку. Зберігання матеріальних резервів організовується, за можливості, окремо від інших запасів.

Керівникам об'єктів, на яких розміщені резерви на відповідальному зберіганні, рекомендується здійснювати систематичні перевірки фактичної наявності матеріальних цінностей, їх якості та умов зберігання. Зазначені вимоги слід передбачати створювачам резервів у договорах відповідального зберігання.

Працівники, залучені до питань зберігання резервів, повинні відслідковувати кінцеві терміни зберігання резервів та у разі наближення граничних термінів зберігання резерву завчасно здійснювати комплекс заходів, направлених на вчасне його освіження.

Витрати на зберігання, освіження або заміну зазначеного резерву здійснюються за рахунок коштів бюджетів, з яких вони фінансуються, і плануються у бюджетних запитах заздалегідь [25].

Матеріальні цінності, що складають матеріальні резерви, повинні мати сертифікати відповідності на весь нормативний термін їх зберігання.

Відповідальні особи за створення, збереження та накопичення матеріальних резервів, що призначені керівниками центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, повинні систематично та вчасно проводити необхідні заходи щодо поновлення сертифікатів відповідності.

З цією метою у разі наближення строку (терміну) придатності матеріальних цінностей (крім продуктів харчування) центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, підприємства (орієнтовно за 3-4 місяці до кінцевих термінів зберігання) звертаються до відповідних органів з метою проведення лабораторних випробувань матеріальних цінностей та збільшення кінцевого терміну зберігання. У разі відмови у збільшенні кінцевих термінів зберігання матеріальних цінностей доцільно провести заходи щодо реалізації таких цінностей або використання їх для поточних потреб. Якщо матеріальні цінності не реалізовані або не використані для поточних потреб з певних причин, а якісні показники не дають можливості подальшого їх використання, то такі матеріальні цінності підлягають списанню.

Матеріальні цінності продовольчої групи з метою уникнення псування резерву у порядку освіження або заміни доцільно завчасно (орієнтовно за 3-4 місяці до кінцевих термінів зберігання) переводити на поточне забезпечення або проводити вичерпні заходи щодо їх реалізації [26].

Матеріальні цінності, що надійшли від заводів-виробників в упаковці із зазначенням у паспорті гарантійного строку зберігання, якщо не порушена герметизація та захисне покриття, як правило, закладаються у резерв у заводській упаковці. Строк зберігання виробу обчислюється з моменту його виготовлення.

Отже, четвертий розділ кваліфікаційної роботи магістра присвячено питанням охорони праці та безпеки в надзвичайних ситуаціях. У роботі досліджено особливості системи охорони праці Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», а також процеси формування і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях є критично важливими для роботи Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», оскільки це забезпечує захист життя і здоров'я як персоналу, так і пацієнтів. Медичні працівники постійно стикаються з ризиками, такими як інфекції, контакт із біологічно небезпечними матеріалами, стресові умови роботи та фізичні травми. Належна організація охорони праці допомагає мінімізувати ці загрози, створюючи безпечне середовище для роботи.

Впровадження ефективної системи охорони праці та безпеки в надзвичайних ситуаціях сприяє підвищенню довіри громадян до закладу, адже пацієнти та їхні родичі впевнені, що лікування здійснюється в безпечних умовах. Для самої лікарні це означає дотримання законодавчих норм, уникнення штрафів, покращення репутації та зниження витрат, пов'язаних із нещасними випадками чи інцидентами. Таким чином, охорона праці та безпека є основою ефективної та безперервної роботи закладу, орієнтованого на збереження життя та здоров'я людей.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Представлена кваліфікаційна робота магістра присвячена дослідженню вітчизняного та зарубіжного досвіду модернізації публічного управління в закладах охорони здоров'я.

У першому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено теоретичні засади модернізації публічного управління у медичних закладах України, виокремлено основні етапи реформування системи публічного управління медичними закладами в Україні та їх законодавче забезпечення, проаналізовано зарубіжний досвід модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг, а також визначено особливості міжнародної співпраці України у контексті модернізації публічного управління медичної сфери.

У другому розділі роботи досліджено важливість модернізації та розвитку КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» в умовах реформи охорони здоров'я в Україні. Аналіз засвідчив, що заклад ефективно використовує свої фінансові ресурси, зокрема значну частину коштів спрямовано на виробничі витрати для забезпечення медичної допомоги. Лікарня демонструє позитивну динаміку основних фінансових показників, що свідчить про стабільне фінансове становище та можливості для подальшого розвитку. Співпраця з іншими медичними закладами і впровадження міжнародних стандартів невідкладної допомоги дозволяють покращити якість медичних послуг.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено шляхи впровадження вітчизняного та європейського досвіду модернізації публічного управління медичним закладом. У роботі розглянуто ключові можливості використання матеріально-технічної допомоги для удосконалення діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», запропоновано алгоритм впровадження технологій штучного інтелекту в

управлінські процеси медичного закладу, обґрунтовано шляхи підвищення результативності пацієнторієнтованого підходу в діяльності закладу охорони здоров'я.

Четвертий розділ кваліфікаційної роботи магістра присвячено питанням охорони праці та безпеки в надзвичайних ситуаціях. У роботі досліджено особливості системи охорони праці Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», а також процеси формування і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру. Результати дослідження дозволяють стверджувати, що безпека в надзвичайних ситуаціях є ключовою через специфіку діяльності лікарні, яка працює з пацієнтами в екстрених умовах. Лікарня має бути готовою до швидкої реакції на різні сценарії, такі як пожежі, техногенні катастрофи чи епідемії. Це вимагає наявності планів евакуації, сучасних систем пожежогасіння, навчання персоналу з управління кризовими ситуаціями та забезпечення належного рівня інфраструктурної стійкості.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801XII. URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112) (дата звернення: 22.12.2019).
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» від 27.07.1998 № 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0226282-98#Text>
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення: 15.12.2019).
5. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142002%D0%BF> (дата звернення: 15.12.2019).
6. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005> (дата звернення: 15.12.2019).
7. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/8152007%D0%BF> (дата звернення: 22.12.2019).

8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL: [https:// moz.gov.ua/strategija](https://moz.gov.ua/strategija) (дата звернення: 22.12.2019).

9. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219> (дата звернення: 22.12.2019).

10. Сороківська О.А. Особливості формування та імплементації Європейських програм розвитку у сферу суспільного життя України. *Публічне управління та адміністрування: теоретичні і практичні аспекти*: колективна монографія за редакцією д.е.н., проф. Кирич Н.Б. Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2020. 268 с.

11. Сороківська О., Цар Г. Реформування медичної галузі в контексті цифрових змін: *Організаційно-правові аспекти публічного управління*: Збірник тез доповідей IX Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції, 15 листопада 2022 р., м. Полтава. С. 123-125. URL: <http://surl.li/eqtjr>

12. Гаплик Г., Качура Р., Лихацький П. Особливості модернізації медичної сфери із застосуванням інформаційних технологій. *Економіка країни в умовах глобальних викликів: наукові підходи та практика реалізації*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 6 вересня 2024 р.) / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 175-178. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-415-6-42>

13. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 3 (17). С. 19–26.

14. Музика І.С. Реформа охорони здоров'я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського Регіону України). URL: [http://ird.gov.ua/sep/sep20162\(118\)/sep20162\(118\)_038_MuzykaI.pdf](http://ird.gov.ua/sep/sep20162(118)/sep20162(118)_038_MuzykaI.pdf)

15. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2024. № 2. С. 139–146.
16. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL : <http://surl.li/pxanuc>.
17. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*, 2023. № 1-2.
18. Лазоришинець В., Слабкий Г., інші. Державне управління охороною здоров'я України: *монографія*. Київ, 2024. 312 с.
19. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2022. № 2. С. 16-22.
20. Karpiak, M., Duma, O., Halachenko, O., Sorokivska, O., Zvirych, V., Drebot, O., Sakharnatska, L. Development of Medical Infrastructure of Territorial Communities of Ukraine in the conditions of Sectoral Reforms. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*. Vol. 45, No. 3, pp. 276-286, September, 2023. DOI 10.15544/mts.2023.28
21. Залуцький Р., Котовська М. Реформи медицини у містах та громадах: *Організаційно-правові аспекти публічного управління: Збірник тез доповідей IX Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції*, 15 листопада 2022 р., м. Полтава. С. 114-115.
22. Охорона праці в медичній галузі: підручник / О.П. Яворовський, І.В. Сергета, Ю.О. Паустовський, В.І. Зенкіна та ін.; за редакцією О.П. Яворовського. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 488 с.
23. Окремі важливі аспекти організації охорони праці в закладах (установах) охорони здоров'я. *Професійна спілка працівників галузей медицини*. URL: <https://medprof.km.ua/old/index.htm>

24. Стручок В.С. Безпека в надзвичайних ситуаціях. Методичний посібник для здобувачів освітнього ступеня «магістр» всіх спеціальностей денної та заочної (дистанційної) форм навчання. Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2022. 156 с. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/39196>

25. Дикань С.А., О.Є. Зима О.Є. Безпека в галузі та надзвичайних ситуаціях. Університетський курс [Текст]: підручник для студ. вищ. навч. закл. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. 273 с.

26. Лисиченко М.Л., Вамболь В.В., Вамболь С.О., Кірієнко М.М., Черепньов І.А., Власовець В.М. Безпека в надзвичайних ситуаціях : навч. посібник для студентів ЗВО України : у 2 ч.; за ред. М. Л. Лисиченка; ХНТУСГ. Харків : ТОВ “ПромАрт”, 2021. 202 с.

27. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. URL: <http://surl.li/ulexkx>

28. Як міжнародні партнери допомагають у сфері медицини? URL: <https://statewatch.org.ua/publications/yak-mizhnarodni-partnery-dopomahaiut-u-sferi-medytsyni/>

29. Обладнання для медичних закладів і лабораторій. URL: <https://labstar.com.ua/analizator/anz-018>

30. Висоцький А., Суріков О., Василюк-Зайцева С. Розвиток штучного інтелекту в сучасній медицині. Український медичний часопис. 2023. №4 (квітень). URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-241221-rozvitok-shtuchnogo-intelektu-v-suchasnij-meditsini>

31. Слабкий Г., Козар Ю. Міжнародний досвід пацієнторієнтованості системи медичної допомоги. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/48568/1/7.pdf>