

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)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

Магістр

(назва освітнього ступеня)

на тему: Шляхи зміцнення матеріальної та фінансової основи
діяльності медичних закладів,
на прикладі КНП Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації
імені В.Г. Вершигори ТОР

Виконав: студент 6 курсу, групи БАМ-61

спеціальності 281 – Публічне управління та

адміністрування

(шифр і назва спеціальності)

(підпис)

Качура Р.І.

(прізвище та ініціали)

Керівник

(підпис)

Сороківська О.А.

(прізвище та ініціали)

Нормоконтроль

(підпис)

Мосій О.Б.

(прізвище та ініціали)

Завідувач кафедри

(підпис)

Сороківська О.А.

(прізвище та ініціали)

Рецензент

(підпис)

Мельник Л.М.

(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

Сороківська О.А.

(підпис)

(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 Качурі Роману Івановичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Шляхи зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів, на прикладі КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори ТОР

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 № 4/7-915

2. Термін подання студентом завершеної роботи: 2 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 зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів в Україні. Розділ 2. Сучасний стан та особливості забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. Розділ 3. Удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. Розділ 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях.

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

1. Напрями основних змін у рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я.

2. Організаційна структура управління КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

3. Обсяги надходження товарно-матеріальних цінностей лікарні. 4. Обсяги благодійної допомоги. 5. Аналіз доходів лікарні. 6. Аналіз витрат медичного закладу.

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 зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів в Україні	Вересень 2024	Виконано
1.1	Особливості змін фінансової системи та матеріального забезпечення медичних закладів України	Вересень 2024	Виконано
1.2	Фінансування медичної сфери у період війни	Вересень 2024	Виконано
1.3	Порівняльний аналіз підходів до побудови матеріально-фінансового забезпечення	Вересень 2024	Виконано
2	Сучасний стан та особливості забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності	Жовтень 2024	Виконано
2.1	Загальна характеристика лікарні	Жовтень 2024	Виконано
2.2	Аналіз матеріальної основи діяльності медичного закладу	Жовтень 2024	Виконано
2.3	Дослідження фінансового забезпечення та динаміки кадрових ресурсів лікарні	Жовтень 2024	Виконано
3	Удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності медичного закладу	Листопад 2024	Виконано
3.1	Оптимізування витрат на надання медичних послуг	Листопад 2024	Виконано
3.2	Шляхи покращення системи управління розвитком матеріально-фінансової основи	Листопад 2024	Виконано
3.3	Прогнозування перспектив упровадження платних послуг у діяльність лікарні	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	Забезпечення ефективної роботи персоналу організації при розробленні і реалізації заходів з евакуації персоналу та населення	Листопад – грудень 2024	Виконано
	Висновки та пропозиції	Листопад – грудень 2024	Виконано
	Бібліографія	Грудень 2024	Виконано

Студент

Качура Р.І.

Керівник роботи

Сороківська О.А.

АНОТАЦІЯ

Качура Р.І. Шляхи зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів, на прикладі КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори»

Кваліфікаційна робота магістра: 106 сторінок, 20 рисунків, 14 таблиць, 35 літературних джерел.

Об'єкт дослідження – процес управління матеріально-фінансовою діяльністю медичних закладів України.

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади зміцнення матеріально-фінансової основи медичної установи.

Метою кваліфікаційної роботи магістра є дослідження теоретичних і практичних засад зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів.

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

Розроблені рекомендації спрямовані на оптимізування витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу, пошук шляхів покращення системи управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області, прогнозування перспектив запровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Результати дослідження можуть бути впроваджені у діяльність КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» та використані іншими медичними установами для підвищення ефективності управління.

Ключові слова: матеріальна основа, фінансове забезпечення, медичні заклади, фінансова система, оптимізування витрат.

SUMMARY

Kachura R.I. Some ways of material and financial basis strengthening in medical institutions activity (MNPE Bilche-Zolote regional hospital of rehabilitation named after V.H. Vershyhory of Ternopil regional council as a case of study)

Qualification work of master: 106 pages, 20 figures, 14 tables, 35 references.

The object of research – the process of managing the material and financial activities of medical institutions in Ukraine.

The subject of research – are theoretical and applied principles for strengthening the material and financial basis of a medical institution.

The purpose of the study is an investigation of the theoretical and practical principles of strengthening the material and financial basis of the activities of medical institutions.

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

The developed recommendations are aimed at optimizing the costs of providing medical services when forming the financial basis of a medical institution's activities, finding ways to improve the management system for the development of the material and financial basis of medical institutions in the Ternopil region, and forecasting the prospects for introducing paid services into the activities of the hospital.

The results of the study can be implemented into the activities of the MNPE Bilche-Zolote regional hospital of rehabilitation named after V.H. Vershyhory of Ternopil regional council and used by other medical institutions to improve management efficiency.

Keywords: material basis, financial support, medical institutions, financial system, cost optimization.

ЗМІСТ

Вступ	8
Розділ 1. Теоретичні засади зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів в Україні.....	10
1.1 Особливості змін фінансової системи та матеріального забезпечення медичних закладів України в контексті євроінтеграційних процесів.....	10
1.2 Фінансування медичної сфери у період війни	14
1.3 Порівняльний аналіз підходів до побудови матеріально-фінансового забезпечення функціонування медичних закладів	21
Розділ 2. Сучасний стан та особливості забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради	28
2.1 Загальна характеристика та дослідження організаційної структури управління лікарні	28
2.2 Аналіз матеріальної основи діяльності медичного закладу	35
2.3 Дослідження фінансового забезпечення та динаміки кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»	42
Розділ 3. Удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради	55
3.1 Оптимізування витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу	55
3.2 Шляхи покращення системи управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області.....	65

3.3 Прогнозування перспектив упровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»	75
Розділ 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях	83
4.1 Дослідження системи охорони праці на КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори Тернопільської обласної ради».....	83
4.2 Забезпечення ефективної роботи персоналу організації при розробленні і реалізації заходів з евакуації персоналу та населення (клієнтів, відвідувачів).....	92
Висновки та пропозиції	100
Бібліографія	102

ВСТУП

Матеріальна та фінансова основа є ключовим фактором успішної діяльності медичних закладів, оскільки вона забезпечує ресурси для виконання їхніх основних функцій. Достатнє фінансування дозволяє закладам придбати сучасне медичне обладнання, медикаменти та інші необхідні матеріали, що підвищує якість і точність діагностики та лікування. Також це сприяє модернізації інфраструктури, створенню комфортних умов для пацієнтів і персоналу, а також впровадженню новітніх медичних технологій. Крім того, стійка фінансова база дає змогу своєчасно виплачувати заробітну плату, мотивувати працівників і залучати висококваліфікованих фахівців. Це забезпечує безперервність і ефективність роботи закладу, покращує репутацію та довіру серед пацієнтів.

Саме тому метою кваліфікаційної роботи магістра є дослідження теоретичних і практичних засад зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів.

Визначена мета дослідження передбачає виконання таких завдань:

- дослідити теоретичні засади зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності медичних закладів в Україні;
- провести аналіз сучасного стану та особливостей забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради;
- провести дослідження матеріальної основи діяльності медичного закладу;
- проаналізувати фінансове забезпечення та динаміку кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»;
- розробити проектні пропозиції щодо удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства

«Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради;

- провести оптимізування витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу;

- запропонувати шляхи покращення системи управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області;

- спрогнозувати перспективи впровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»;

- дослідити систему охорони праці медичного закладу.

Об'єкт дослідження – процес управління матеріально-фінансовою діяльністю медичних закладів України.

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади зміцнення матеріально-фінансової основи медичної установи.

Основою аналізу роботи є відомості з робіт вітчизняних та іноземних учених, дані державних статистичних установ, правові й нормативні акти щодо регулювання функціонування медичних установ, звітно-статистична інформація досліджуваного закладу, оглядові статті в наукових та професійних виданнях, а також результати спостережень і анкетувань, проведених автором.

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 ЗМІЦНЕННЯ МАТЕРІАЛЬНОЇ ТА ФІНАНСОВОЇ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

1.1 Особливості змін фінансової системи та матеріального забезпечення медичних закладів України в контексті євроінтеграційних процесів

Головною метою системи охорони здоров'я є покращення рівня та якості життя населення, а також збереження здоров'я кожного громадянина країни. Для досягнення цієї мети держава повинна забезпечити заклади охорони здоров'я необхідними фінансовими ресурсами. Недостатнє фінансування охорони здоров'я в країні свідчить про те, що держава не повністю використовує можливості для підвищення якості та ефективності медичної допомоги, а також для підтримки громадян під час хвороби. Це не тільки порушує конституційне право людини на доступну та якісну медичну допомогу, але й призводить до погіршення стану здоров'я та скорочення тривалості життя українців.

Протягом багатьох років в Україні діяла модель фінансування системи охорони здоров'я, яка переважно спрямовувала бюджетні кошти на підтримку медичної інфраструктури. У той же час громадяни мали обмежений доступ до якісних медичних послуг, а медичні заклади не були повністю оснащені сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням. Основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я, які потребують вирішення, включають:

- фінансова незахищеність громадян,
- низька якість та ефективність медичних послуг,
- неефективне використання бюджетних коштів.

Через існуючі системні проблеми у фінансуванні закладів охорони здоров'я Міністерство фінансів України ініціювало комплексну реформу галузі, включаючи розробку та впровадження нової моделі фінансування, яка передбачає:

- чіткі та прозорі державні гарантії щодо обсягу безоплатної медичної допомоги;
- покращений фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і зменшення неформальних платежів;
- створення стимулів для підвищення якості медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Для досягнення цієї мети Кабінет Міністрів України ухвалив Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка визначає ключові етапи та детальний план впровадження реформи. Головним завданням реформи є перехід від постатейного фінансування медичних послуг до фінансування на основі результатів діяльності, що сприятиме підвищенню ефективності системи та вдосконаленню її фінансової моделі. Перелік основних змін, передбачених реформою, представлено на рис. 1.1. Серед них:

- запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- створення єдиного національного замовника медичних послуг;
- розширення можливостей місцевої влади у сфері охорони здоров'я;
- автономізація постачальників медичних послуг;
- впровадження принципу “гроші ходять за пацієнтом”;
- розвиток сучасної системи управління медичною інформацією.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України ухвалила Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [3], відповідно до якого держава за кошти Державного бюджету України в межах програми медичних гарантій фінансує необхідні медичні послуги та лікарські засоби. Програма медичних гарантій – це пакет медичних послуг, гарантований державою, який формується на основі пріоритетів охорони

здоров'я в Україні та доступного державного фінансування. Ця програма включає послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги, реабілітацію, медичну допомогу дітям до 18 років, а також медичний супровід вагітності та пологів. Нею можуть скористатися всі громадяни України та особи, прирівняні до громадян.



Рисунок 1.1 – Напрями основних змін у рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я

Обсяги фінансування програми медичних гарантій визначаються Законом України про Державний бюджет України та мають становити не менше 5% валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями бюджету [3]. Проте, як зазначає видання "Дзеркало тижня", за роки незалежності видатки на медицину рідко перевищували 3% ВВП. Для реалізації державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів, створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) [5]. НСЗУ виконує роль замовника медичних послуг і лікарських засобів за

програмою медичних гарантій та укладає договори на медичне обслуговування із закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на медичну практику.

Важливим елементом медичної реформи є реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства, що називається автономізацією. Ці заклади мають можливість укладати договори з НСЗУ та отримувати пряме фінансування з бюджету за надані медичні послуги, замість отримання медичної субвенції з Державного бюджету. Договори на медичне обслуговування укладаються відповідно до обсягів фінансування, передбачених бюджетом на охорону здоров'я на відповідний період, і базуються на вартості та обсязі послуг, які замовляє держава або органи місцевого самоврядування. Вартість таких послуг визначається з урахуванням структури необхідних витрат.

Таким чином, НСЗУ впровадила основний принцип медичної реформи “гроші йдуть за пацієнтом”, оплачуючи вартість фактично наданих медичних послуг. На практиці цей принцип означає, що пацієнт звертається до конкретного лікаря за допомогою, а держава оплачує саме ті медичні послуги, які були надані пацієнту, а не фінансує медичний заклад загалом. Цей механізм поступово заміщує неефективну систему фінансування, що базувалася на оплаті за ліжко-місце.

Уперше українці отримали можливість вільно обирати свого лікаря, підписавши з ним декларацію, а комунальні медичні заклади, де працюють сімейні лікарі, перейшли на оплату послуг за контрактами з НСЗУ. Медичні установи, що уклали договори з НСЗУ, стали фінансово незалежними і можуть самостійно розпоряджатися своїм бюджетом, без обмежень тарифною сіткою або штатним розписом. Це дозволило керівникам закладів спрямовувати кошти на поточні потреби в межах бюджету, включаючи можливість перегляду заробітної плати медичним працівникам.

1 квітня 2020 року в Україні розпочала діяти перша Програма медичних гарантій, яка охоплює первинну, спеціалізовану амбулаторну, госпітальну,

екстрену, паліативну допомогу та реабілітацію, а також реімбурсацію лікарських засобів. На той час 90% медичних закладів, які подали свої пропозиції до НСЗУ, підписали договори на надання медичних послуг за цією програмою. Таким чином, майже всі комунальні медичні заклади (районні, міські, обласні лікарні) долучилися до реформи і почали отримувати фінансування за контрактами з НСЗУ.

У зв'язку з впровадженням II етапу медичної реформи, відповідно до Закону України "Про державні гарантії медичного обслуговування населення" та змін до Бюджетного кодексу України, з 1 квітня 2020 року надання медичної субвенції місцевим бюджетам більше не передбачено. Тепер видатки покриваються за рахунок коштів з КПКВК 2308060 "Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення" та КПКВК 2311500 "Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам для підтримки окремих закладів і заходів у системі охорони здоров'я".

1.2 Фінансування медичної сфери у період війни

Законом України "Про державний бюджет України на 2023 рік" затверджено бюджетну програму "Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями". Метою цієї програми є збереження і покращення здоров'я населення, профілактика захворювань, зменшення рівня захворюваності та негативного впливу екологічних факторів на здоров'я людини, а також попередження спалахів хвороб, епідемій, масових отруєнь і радіаційних уражень. Основні завдання програми включають:

1. Забезпечення епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами.
2. Розслідування причин і умов виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань, а також їх спалахів і епідемій.

3. Вивчення, оцінка та прогнозування показників здоров'я населення в залежності від стану навколишнього середовища, моніторинг факторів, які шкідливо впливають на здоров'я людей.

4. Організація послуг з профілактики ВІЛ для груп підвищеного ризику та надання підтримки людям, які живуть з ВІЛ.

5. Зупинка епідемій ВІЛ/СНІДу та туберкульозу за рахунок інноваційних методів і засобів лікування.

Дані про видатки та надання кредитів за напрямками використання бюджетних коштів наведені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Аналіз виконання бюджетної програми “Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями” у 2023 році, млрд. грн. [6]

Напрями використання бюджетних коштів	План	План зі змінами	Факт	Абсолютне відхилення плану зі змінами від плану	Абсолютне відхилення факту від плану зі змінами (+ / -)
1	2	3	4	5	6
Загалом у межах бюджетної програми	3800548,5	13290498,2	12991267,5	9489949,7	-299230,7
1. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань для потреб державного епідеміологічного нагляду та діагностики, а також здійснення державного соціально-гігієнічного моніторингу.	3648506,3	13235611,4	12939660,5	9587105,1	-295950,9
2. Вжиття заходів для боротьби з епідеміями	145,8	145,8	0,0	0,0	-145,8
3. Виплата щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та дітям, які мають хворобу, зумовлену ВІЛ, регіональними закладами охорони здоров'я, які здійснюють медичне спостереження за такими особами.	10153,2	5599,6	5100,0	-4553,6	-499,6

Продовження таблиці 1.1

1	2	3	4	5	6
4. Закупівля послуг для підтримки громадського здоров'я, включаючи послуги з догляду за людьми, які живуть з ВІЛ; профілактику ВІЛ серед груп підвищеного ризику; а також медико-психосоціальний супровід пацієнтів із чутливим та мультирезистентним туберкульозом.	141743,2	251,4	251,4	-141491,8	0,0
5. Придбання лабораторного обладнання, потрібного для проведення хімічних і фізичних досліджень.	0,0	48890,0	462855,6	48890,0	-2634,4

Відхилення плану зі змінами від початкового плану пояснюється економією коштів за напрямом використання бюджетних коштів: «Закупівля послуг із забезпечення громадського здоров'я» (включаючи догляд і підтримку людей, які живуть з ВІЛ; профілактику ВІЛ серед груп підвищеного ризику; медико-психосоціальний супровід пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом). Це стало можливим завдяки тому, що ці потреби були частково покриті за рахунок донорських коштів Глобального фонду. Додатково, економія зумовлена тим, що витрати на «Виплату щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ» були покриті з іншого джерела.

Відхилення плану зі змінами від початкового плану за спеціальним фондом обумовлене отриманням благодійної допомоги від установ громадського здоров'я. Відхилення за загальним та спеціальним фондами пояснюється економією бюджетних коштів завдяки проведенню закупівель лише для першочергових потреб, скасуванню деяких процедур закупівель та порядком здійснення платежів відповідно до Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного

стану, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 09.06.2021 № 590.

У 2023 році державний бюджет України функціонував у складних макроекономічних умовах, але завдяки зваженій та послідовній бюджетній політиці Уряду вдалося забезпечити необхідний рівень доходів для фінансування медичної галузі, включаючи витрати на підтримку населення, подолання наслідків пандемії та інші видатки, що сприяють розвитку економіки і покращенню добробуту громадян. Видатки на охорону здоров'я у 2023 році склали 217,4 млрд грн, з яких витрати державного бюджету разом з трансфертами становили 181,8 млрд грн.

Основним напрямком залишалася реалізація програми медичних гарантій, на яку було витрачено 139,4 млрд грн (рис. 1.2).

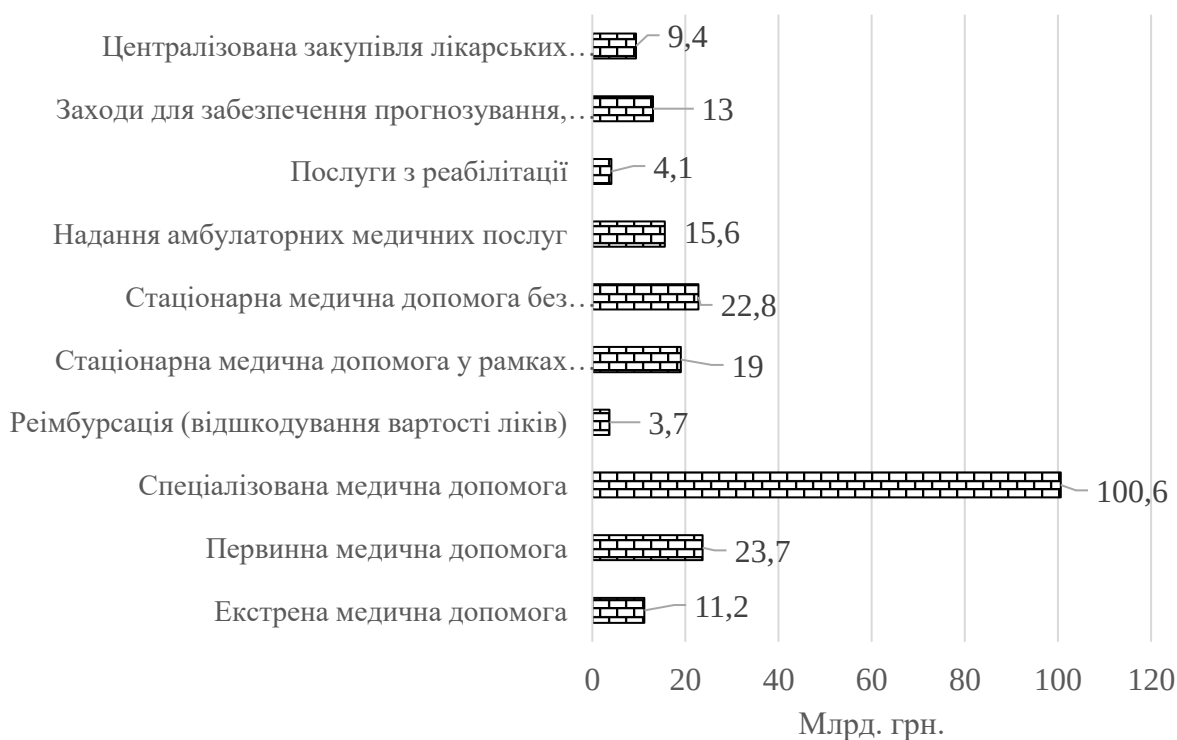


Рисунок 1.2 – Видатки державного бюджету України на медичну сферу у 2023 році [7]

Лікарські засоби та медичні вироби з частковим або повним відшкодуванням отримали 2,3 млн осіб. Найбільша частина витрат на спеціалізовану медичну допомогу була спрямована на стаціонарне лікування — 41,8 млрд грн, зокрема: 19 млрд грн витрачено на хірургічні операції для 1,4 млн пацієнтів, а 22,8 млрд грн — на лікування без хірургічних втручань для 2,7 млн пацієнтів.

Крім того, кошти державного бюджету були спрямовані на:

- 15,6 млрд грн – для надання амбулаторних медичних послуг понад 14 млн пацієнтам;

- 4,1 млрд грн – на реабілітаційні послуги, що дозволило понад 116 тис. пацієнтам отримати допомогу в стаціонарних умовах і понад 148 тис. пацієнтам – в амбулаторних умовах;

- 13 млрд грн – на заходи з прогнозування, виявлення та реагування на спалахи інфекційних і неінфекційних захворювань, а також на надзвичайні ситуації;

- 9,4 млрд грн – на централізовану закупівлю лікарських засобів, медичних виробів та високовартісного медичного обладнання для оснащення медичних закладів.

У 2023 році Уряд забезпечив безперебійне фінансування сфери охорони здоров'я. Стабільне фінансування програми медичних гарантій дало змогу своєчасно виплачувати заробітну плату понад 500 тис. медичним працівникам, середня заробітна плата лікарів склала 21,8 тис. грн, а середнього медичного персоналу – 14,5 тис. грн. Бюджет також передбачав кошти на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази, реконструкцію приміщень медичних закладів, реалізацію державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», а також лікування громадян України за кордоном. Крім того, була передбачена субвенція місцевим бюджетам у розмірі 2,9 млрд грн для підтримки окремих закладів і заходів у системі охорони здоров'я. Належне фінансування охорони здоров'я для забезпечення

якісних медичних послуг та підвищення оплати праці медичних працівників залишаються одними з основних пріоритетів Державного бюджету на 2025 рік.

Реформа медичної галузі в Україні орієнтована на активне використання інформаційних технологій. Одним з ключових інструментів цієї реформи є створення сучасної електронної системи охорони здоров'я, яка поступово підвищує ефективність і прозорість у сфері. У зв'язку з цим Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. Мета концепції — закласти основи для розвитку е-здоров'я в Україні, що сприятиме підвищенню якості і доступності медичних послуг, розширенню прав і можливостей пацієнтів, забезпеченню безперервної медичної допомоги і безпеки, а також підвищенню ефективності управління і використання ресурсів. Концепція також має на меті покращення поінформованості населення про здоровий спосіб життя, профілактику захворювань і отримання медичної допомоги. Наразі електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписку електронних рецептів за програмою “Доступні ліки”, електронні направлення та ведення електронних медичних карток.

Таким чином, результати дослідження показують, що реалізація етапів медичної реформи трансформувала фінансовий механізм державного управління охороною здоров'я, впровадивши принцип «гроші йдуть за пацієнтом» у фінансуванні медичних закладів. Очікується, що ця реформа підвищить ефективність використання та фінансування бюджетних коштів. Однак забезпечення якісної медичної допомоги за обмежених бюджетних ресурсів є неможливим без залучення додаткових фінансових ресурсів. Це особливо стосується медичних послуг для соціально незахищених верств населення, лікування важких захворювань, що потребують інноваційних технологій і сучасного медичного обладнання. Багато фахівців вважають, що подолати кризу вітчизняної медицини можна за рахунок багатоканального фінансування, включаючи обов'язкове державне медичне страхування. Міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ і аналіз діючої моделі системи

охорони здоров'я в Україні свідчать про те, що перехід до фінансування медицини за страховим принципом є єдиним способом забезпечити якісний медичний захист.

Цей підхід дозволяє розподілити ризики захворювань та витрати на лікування серед великої кількості застрахованих осіб, шляхом збору посильних внесків від широкого кола людей і спрямування зібраних коштів на виплати у випадку хвороби або іншого порушення здоров'я. Впровадження системи медичного страхування в Україні є надзвичайно важливим і необхідним. Воно не тільки є частиною соціального захисту населення в розвинених країнах, а й розглядається як альтернатива для організації системи охорони здоров'я. Обов'язкове медичне страхування дозволяє раціональніше використовувати фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я, покращувати якість медичних послуг і забезпечувати їх доступність для населення.

Аналіз фінансового забезпечення охорони здоров'я за останні роки показав, що страховий ринок в Україні має необхідний досвід для участі у створенні ефективної системи охорони здоров'я. У багатьох розвинених країнах світу важливим елементом фінансування витрат на охорону здоров'я є добровільне медичне страхування. Це дає змогу отримати додаткові медичні послуги через різноманітні програми, які не покриваються державною програмою обов'язкового медичного страхування. В Україні добровільне медичне страхування майже не розвинуто, і його частка у витратах на охорону здоров'я є дуже невеликою.

Ефективним механізмом фінансування охорони здоров'я є державно-приватне партнерство, яке полягає в об'єднанні ресурсів державних установ і приватних партнерів для реалізації конкретного проекту. При цьому відбувається відповідний розподіл ризиків, відповідальності та винагород між сторонами для забезпечення взаємовигідної співпраці. В Україні державно-приватне партнерство за останні роки стало одним з найбільш перспективних інструментів залучення інвестицій. У найближчій перспективі Україні слід

звернути увагу на можливість наближення структури загальних бюджетних видатків до середнього рівня європейських країн, збільшивши частку витрат на охорону здоров'я. Також важливо розвивати страхову медицину, оскільки, як показує світовий досвід, цей формат фінансових відносин є одним з найефективніших у сучасних умовах.

1.3 Порівняльний аналіз підходів до побудови матеріально-фінансового забезпечення функціонування медичних закладів

Охорона життя і здоров'я є конституційно закріпленим принципом забезпечення прав і свобод людини в багатьох країнах, що підкреслює важливість цього завдання серед функцій систем публічного управління. Специфіка сфери охорони здоров'я полягає в необхідності значних капіталовкладень у розвиток наукових основ, матеріально-технічної інфраструктури, підготовку висококваліфікованих кадрів, а також у розробку і виробництво лікарських засобів, медичного обладнання та супутніх виробів. Однак жоден рівень розвитку медичної науки і практики не гарантує однозначного успіху в лікуванні, створенні абсолютно ефективних лікарських засобів або технологій, точній діагностиці тощо. Тому в функціонуванні системи охорони здоров'я ключовими є чинники економічної мотивації для вирішення гуманістичних завдань (цінність людського життя та здоров'я, якість життя, відтворення населення та відповідальність за його добробут) і економічного змісту (накопичення ресурсів охорони здоров'я, пошук ефективних і економічних способів організації медичного обслуговування, профілактики, санітарно-гігієнічної та реабілітаційної допомоги, підтримка життєвих сил).

Чорновіл О. [16] та Кравченко Ж. [17] зазначають, що всі існуючі моделі формування матеріальної та фінансової основи системи охорони здоров'я можна звести до трьох основних типів: платна (ринкова) медицина, яка використовує переважно приватне медичне страхування та суспільні програми

медичної допомоги; державна (бюджетна) медицина, що фінансується через бюджетну систему; та система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування. Основні характеристики цих моделей систематизовані в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Характеристика змісту основних моделей матеріально-фінансового забезпечення організації системи охорони здоров'я

Модель приватного забезпечення	Модель державного забезпечення	Модель змішаного забезпечення
1	2	3
- Фінансування охорони здоров'я відбувається або за рахунок самого споживача медичних послуг, або через медичні страхові компанії; - Обсяг і якість медичних послуг залежать від суми страховки або фінансових можливостей пацієнта на момент отримання медичної допомоги; - Відсутність єдиної системи державного медичного страхування; - Присутність як приватних, так і публічних медичних установ; - Держава може забезпечувати фінансування медичних послуг для незахищених верств населення (хоча в обмеженому обсязі і якості), осіб з особливими потребами (неповнолітні, вагітні, непрацездатні за віком, інваліди), або осіб зі спеціальним статусом; - Ринковий механізм регулює ціни на медичні послуги, лікарські засоби і медичні вироби, страхові тарифи та підготовку медичних кадрів.	- Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок бюджету або обов'язкових платежів, при цьому держава виконує роль і основного покупця, і постачальника медичних послуг; - У бюджетній моделі фінансові ресурси для охорони здоров'я формуються за рахунок цільових платежів окремих осіб і роботодавців, а також бюджетного фінансування з інших джерел; - При реалізації позабюджетного обов'язкового соціального страхування держава регулює створення і функціонування страхового фонду, контролює внески роботодавців та приєднання самозайнятих або непрацездатних осіб до фонду, а також слідкує за зловживаннями. Вона встановлює основні умови, такі як базові ставки страхових внесків, схему фінансування і організації медичної допомоги, а також бере участь у формуванні цін на медичні послуги; - У структурі медичних установ переважають публічні заклади; - Обсяг і якість медичних послуг є стандартними.	- Фінансування охорони здоров'я здійснюється з трьох джерел: цільових внесків до страхових фондів від працедавців, найнятих працівників (включаючи підприємців і самозайнятих осіб) та цільових надходжень з бюджету; - Медичні заклади можуть бути як державними, так і приватними; - Ринок медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів поєднується з розвиненою системою державного регулювання, соціальних гарантій, стандартів доступності та якості медичної допомоги для всіх верств населення; - В межах встановлених стандартів доступності та якості ринок медичних послуг забезпечує не лише базові, але й додаткові або спеціалізовані потреби, а також надає можливість вибору медичного закладу в певних межах, які є ширшими, ніж у моделі державного забезпечення.

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
- Широкий вибір лікувальних закладів.	- - Держава забезпечує фінансування медичних послуг для всіх верств населення; - У підготовці медичних кадрів та забезпеченні лікарськими засобами і медичними виробами можуть функціонувати як ринкові, так і перерозподільчі механізми, але ціни на медичні послуги та товари регулюються державою; - Відсутня можливість вибору між закладами охорони здоров'я.	

Джерело: сформовано автором на основі [16-27]

Ефективність і результативність кожної моделі залежать від кількох ключових чинників, які можна об'єднати в кілька груп (див. рис. 1.3).

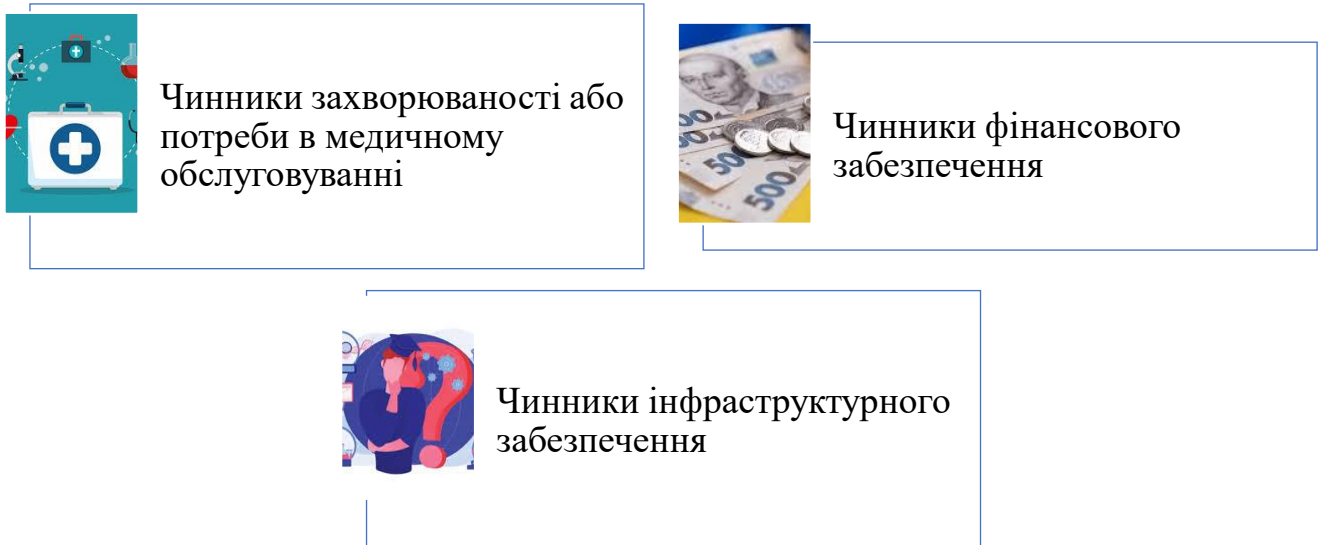


Рисунок 1.3 – Групи чинників, які впливають на формування моделі матеріально-технічного забезпечення медичних закладів

До таких чинників належать:

1) чинники, пов'язані із захворюваністю або потребами в медичному обслуговуванні:

- демографічна ситуація (старіння населення, народжуваність, співвідношення вікових та статевих груп).
- рівень і структура захворюваності населення, а також витрати на охорону здоров'я, що з цим пов'язані.
- фізична доступність медичних послуг (щільність медичних установ на території або можливості телемедицини).
- стан системи профілактики захворювань і травматизму, а також поширення культури здорового способу життя (харчування, фізична активність, режим дня, відсутність шкідливих звичок).
- екологічні та антропогенні чинники середовища, які впливають на ймовірність виникнення захворювань, хронічної захворюваності і травматизму.

2) чинники фінансового забезпечення:

- рівень економічного розвитку та добробуту в країні, що визначає можливість прямого чи опосередкованого через фінансові інститути або державний перерозподіл значної частини національного багатства на потреби охорони здоров'я.
- частка тіньової оплати праці та рівень податкового навантаження на оплату праці, що включає відрахування на охорону здоров'я, ліквідацію наслідків професійних захворювань і виробничого травматизму.
- рівень інвестицій у фундаментальні та прикладні медичні дослідження.

3) чинники інфраструктурного забезпечення:

- рівень розвитку фінансового ринку, включаючи наявність інституцій для страхування життя і здоров'я, культуру організованого обігу фінансових ресурсів (фінансова інклюзія), надійність фінансових установ і достатність регулювання економічних відносин у сфері фінансів та страхування.
- здатність фінансового ринку накопичувати необхідні ресурси для фінансування фундаментальних і прикладних медичних досліджень, інновацій у лікарських засобах і медичних технологіях.

- зміст медичних послуг (типи медичної допомоги) і рівень розвитку медичних технологій.
- наявність стандартів надання медичної допомоги.
- наявність потужностей для підготовки медичних кадрів і якість цієї підготовки з точки зору професійної ефективності в лікуванні захворювань та дотриманні стандартів медичної допомоги.
- наявність виробничих потужностей для виготовлення лікарських засобів, медичних товарів і обладнання.
- рівень патентного захисту лікарських засобів, медичних виробів і технологій.

У сукупності, ці чинники визначають, наскільки суспільство може забезпечити рівний доступ до медичних послуг через ринковий або державний механізм, або їх комбінацію, що реально сприяє зменшенню захворюваності або негативних наслідків для працездатності. Це можливо лише за умови, що постачальникам медичних послуг створено належну мотивацію для постійного удосконалення якості та зниження витрат на ці послуги.

Мірилом ефективності цього економічного механізму є відносний рівень якості медичних послуг і здатність підтримувати їх під публічним контролем, щоб уникнути нерівномірного доступу до них. Ефективність можна оцінити через зростання ВВП на душу населення (включаючи зменшення його втрат) завдяки покращенню фізичного та розумового здоров'я працездатного населення, забезпеченню здорового віку для дітей та підвищенню тривалості працездатності і економічної активності для літніх людей, порівняно з витратами на утримання і розвиток системи охорони здоров'я (включаючи можливий часовий лаг).

Внутрішнім аспектом економічного забезпечення системи охорони здоров'я є вибір моделі фінансування медичних послуг. Один з варіантів – це бюджетне фінансування без введення спеціальних соціальних зборів або обов'язкових платежів. Таке фінансування може здійснюватися шляхом комбінування доходів від різних податків і неподаткових платежів. Цей підхід

є обґрунтованим, якщо держава повністю бере на себе забезпечення охорони здоров'я.

Другий варіант передбачає обов'язкове медичне страхування через державний бюджет або позабюджетний фонд. Це реалізується шляхом введення спеціального обов'язкового збору чи платежу до бюджету або позабюджетного страхового фонду. Далі фінансування здійснюється з бюджету або з коштів цих фондів, що відповідає Бісмарківській моделі соціального забезпечення.

Третій варіант передбачає страхування через приватні страхові компанії, що відповідає Беверіджевій моделі. В цьому випадку особа або через роботодавця укладає контракт зі страховою компанією. Страхові платежі можуть здійснюватися особисто застрахованим, роботодавцем із його коштів, або можуть бути комбінацією всіх цих варіантів (особисті внески, внески роботодавця в межах трудового договору, або додаткові внески роботодавця як бонус).

Четвертий варіант, який наразі є суто теоретичним, передбачає повністю приватну оплату медичних послуг без страхування. У цьому випадку витрати на медичне обслуговування покриваються безпосередньо за фактом настання потреби, без попереднього розподілу ризиків серед страхувальників.

Найбільш ефективною є модель, що комбінує державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та приватне страхування і/або пряме приватне фінансування. Її структурні та змістовні характеристики, а також переваги і недоліки залежать від обраної схеми економічної підтримки охорони здоров'я, методів адміністрування та регулювання платежів.

Отже, у першому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено п'ять моделей фінансово-матеріального забезпечення системи охорони здоров'я: приватна поза страхова, приватна страхова, бюджетна, загальнообов'язкове публічне страхування та змішана, яка поєднує елементи всіх інших моделей. Функціональність і результативність кожної моделі визначаються трьома групами чинників: захворюваності або потреби в

медичному обслуговуванні, фінансового забезпечення і інфраструктурного забезпечення.

Визначено, що кожна із моделей, окрім змішаної, має свої переваги і недоліки, які залежать від інституційного контексту, рівня добробуту та інших факторів. Переваги і недоліки змішаної моделі залежать від конкретних пропорцій участі різних суб'єктів фінансування, механізмів перерозподілу доходів і врегулювання конфліктів інтересів між особами, роботодавцями, державою, страховиками і медичними закладами, що також зумовлено інституційними, економічними, технологічними та інформаційними умовами. У проєктному розділі роботи доцільно визначити конкретні характеристики кожної моделі для системи охорони здоров'я в Україні та обґрунтувати параметри найбільш раціонального підходу з урахуванням сучасних реалій і майбутніх потреб для медичної реформи.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ФІНАНСОВОЇ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «БІЛЬЧЕ- ЗОЛОТЕЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІМЕНІ В.Г. ВЕРШИГОРИ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1 Загальна характеристика та дослідження організаційної структури управління лікарні

Комунальне некомерційне підприємство «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради (далі – КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації») розташоване у мальовничій місцевості Дністровського каньйону, у долині річки Серет, серед мальовничих гір та лісів. Це провідний лікувально-профілактичний заклад Тернопільської області, який надає висококваліфіковану медичну допомогу та забезпечує комплексне реабілітаційне й відновлювальне лікування.

У закладі діють 200 стаціонарних ліжок, розміщених у відділеннях терапії, травматології, неврології, кардіології, педіатрії та фізіотерапії. Обслуговування пацієнтів здійснюють 169 працівників, серед яких 10 лікарів (6 із вищою категорією, 3 – із першою), включно з одним Заслуженим лікарем України та двома кандидатами медичних наук. У складі також 68 працівників середнього медичного персоналу (32 з вищою категорією, 18 – із першою, 5 – із другою категорією) і 50 працівників молодшого медичного персоналу. Усі лікарі та медичні сестри пройшли необхідну атестацію.

Жителі Тернопільської області проходять лікування за направленнями, виданими обласними, районними або міськими лікарнями за місцем їхнього диспансерного спостереження чи лікування. Тривалість курсу лікування становить 21 день. Для жителів інших областей лікування здійснюється на підставі виписки з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого за

місцем проживання. Громадяни інших країн можуть отримати медичні послуги за наявності медичної виписки та страхового полісу. Для пацієнтів, які прибувають власним транспортом, передбачено охоронювану парковку.

Історія закладу розпочалася у квітні 1947 року, коли в занедбаній будівлі колишньої молочарні, не пристосованій для медичних потреб, відкрили сільську дільничну лікарню на 10 ліжок із пологовим відділенням. Її очолила молода лікарка-терапевт, випускниця медичного інституту Ніна Яківна Булдакова. У 1951 році головним лікарем став Емануїл Михайлович Ходоровський, який активно працював над розширенням закладу. Завдяки його зусиллям кількість лікарняних ліжок спочатку збільшилася до 15, а згодом – до 25.

У період 1955–1966 років лікарню очолював Мирослав Іванович Боднар. Завдяки його наполегливості та підтримці місцевого колгоспу у 1964 році було збудовано нове приміщення, що значно покращило умови лікування пацієнтів. На той час уже функціонували терапевтичне, хірургічне, пологове та дитяче відділення. З 1966 по 1967 рік керівником закладу був лікар-хірург Іван Степанович Рижевський. У вересні 1966 року в лікарні відкрили операційну для хірургічних пацієнтів і провели першу операцію. У серпні 1967 року на посаду головного лікаря призначили Володимира Григоровича Вершигору — талановитого організатора і будівничого. Після його смерті, впродовж 2008–2011 років, заклад очолював Григорій Васильович Щур, який до цього 25 років працював заступником із лікувальної роботи.

З серпня 2011 року й донині колектив Більче-Золотецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації очолює Заслужений лікар України, кандидат медичних наук, магістр державного управління та депутат Тернопільської обласної ради Любомир Васильович Синовєрський. Завдяки його зусиллям проведено реконструкцію та капітальний ремонт приміщень лікарні, зокрема відділення грязелікування. Закуплено та введено в експлуатацію сучасне обладнання для душів: циркулярного, висхідного, «Шарко» та «Віші». На сьогодні заклад пропонує понад 100 лікувальних

процедур, а у фізіотерапевтичному кабінеті доступні всі сучасні фізіотерапевтичні методики — від електрофорезу до високоінтенсивної лазерної терапії. Відкрито друге неврологічне відділення з палатами підвищеного комфорту. Крім того, 26 червня 2014 року на першому поверсі лікарні було відкрито відділення відновного лікування для пацієнтів із захворюваннями та травмами спинного мозку, розраховане на 9 палат, обладнаних для осіб із обмеженими можливостями, зокрема користувачів візків.

2 квітня 2015 року на базі терапевтичного відділення було розгорнуто 50 ліжок для лікування учасників антитерористичної операції, операції Об'єднаних сил та їхніх родин. Також створено відділення для діагностики синдрому обструктивного апное сну й хропіння, впроваджено методику СРАР-терапії. У лікарні встановлено комп'ютерну мережу для відділень і бухгалтерії з програмним забезпеченням «УкрМедСофт», а також забезпечено доступ до Wi-Fi для персоналу та пацієнтів.

Було проведено реконструкцію очисних споруд, модернізовано систему гарячого водопостачання (ГВП) та підігріву басейну. Для цього встановлено закриту геліосистему для ГВП та всесезонну вакуумну систему для підігріву басейну, розміщену на дахах будівель. У рамках заходів з енергозбереження всі вікна замінено на металопластикові.

Також розпочато будівництво спального корпусу на 50 ліжок із теплим переходом та частковою реконструкцією основного корпусу лікарні для потреб учасників АТО та ООС.

Для підвищення ефективності реабілітації в лікарні постійно оновлюється медичне обладнання. У закладі застосовуються сучасні інноваційні методи фізіотерапевтичного лікування, зокрема:

- високоінтенсивна магнітотерапія – метод, що використовує вплив магнітного поля високої інтенсивності (до 2,5 Тл) для позитивного впливу на організм людини;

- магнітотерапія з використанням магнітотерапевтичної кушетки та соленоїдів діаметром 30 см, 60 см, 70 см (індукція 128 мТл);
- пресотерапія – сучасна методика лікування, що застосовується як у медицині, так і в косметології. Вона орієнтована на лікування лімфатичних набряків та покращення циркуляції лімфи;
- ударно-хвильова терапія – інноваційний метод лікування захворювань опорно-рухової системи, що є альтернативою консервативним і фізіотерапевтичним методам лікування;
- високоінтенсивна лазеротерапія – метод, який має потужні знеболювальні, біостимулюючі, протизапальні, протинабрякові та судинно-розширюючі ефекти;
- суха тракція хребта – метод лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта, що включає усунення спазму м'язів спини і полегшення больового синдрому;
- СРМ-терапія (Continuous Passive Motion – тривалий пасивний рух) – реабілітаційна методика, що полягає в тривалому розвитку колінного або гомілково-стопного суглобів пацієнта з використанням спеціалізованого тренажера-робота без участі м'язової сили пацієнта;
- біоптрон – апарат, що випромінює поляризоване поліхроматичне видиме світло;
- хромотерапія – метод використання світла для відновлення та посилення енергії організму, який впливає на розумові здібності, фізичний і емоційний стан, стимулюючи процеси самовідновлення організму.

До складу лікарні входить кілька стаціонарних відділень (рис. 2.1). Терапевтичне відділення розраховане на 40 ліжок. У відділі працюють 26 медичних працівників, серед яких 2 лікарі вищої категорії, один з яких є кандидатом медичних наук, 8 медсестер середнього медичного персоналу, всі з вищою категорією, та 16 працівників молодшого медичного персоналу.

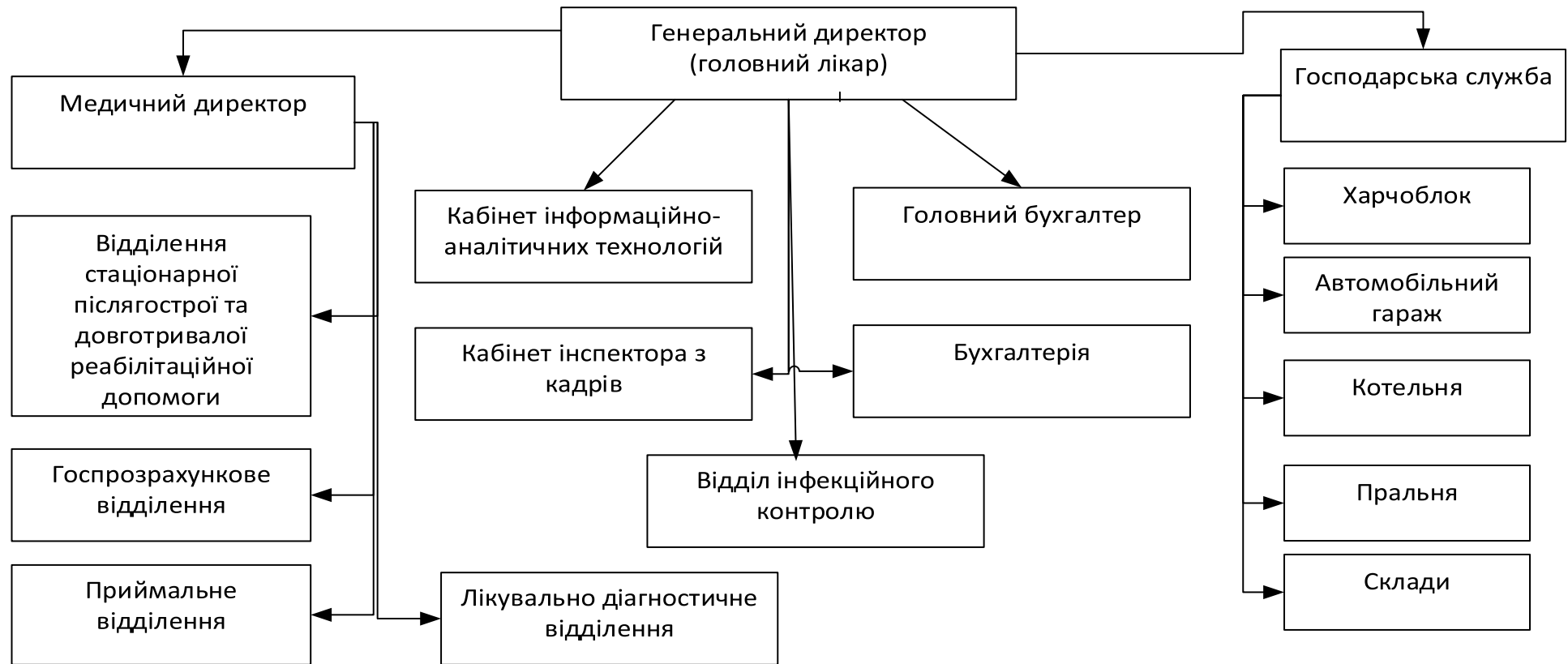


Рисунок 2.1 – Організаційна структура управління КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

Травматологічне відділення є частиною КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації». Відділення розраховане на 60 ліжок. Основні завдання травматологічного відділення включають своєчасну госпіталізацію, лікування та реабілітацію пацієнтів з різними травматологічними захворюваннями, а також проведення санітарно-освітньої роботи серед хворих.

Неврологічне відділення розраховане на 60 ліжок і надає кваліфіковану медичну допомогу пацієнтам з неврологічними захворюваннями. Під керівництвом старшої медичної сестри працює 6 медсестер, а за підтримання чистоти і затишку відповідають 11 молодших медичних сестер. Основними принципами роботи відділення є високий професіоналізм у лікуванні, чуйне та доброзичливе ставлення до пацієнтів, а також створення комфортних умов для їх перебування.

Основними завданнями кардіологічного відділення є стабілізація артеріального тиску (як при гіпотонії, так і при гіпертонії), покращення показників ЕКГ, зниження ймовірності кардіоваскулярних ускладнень, поліпшення кровообігу головного мозку та серцевого м'яза, підвищення еластичності стінок судин, зменшення гіперкоагуляції та нормалізація механізмів згортання крові, покращення ліпідного обміну, підвищення антиоксидантної активності, зменшення або усунення больового синдрому, підвищення працездатності і стійкості до фізичних навантажень, а також поліпшення загальної якості життя пацієнтів.

У педіатричному відділенні надають медичну допомогу дітям від 3 років, які отримали направлення від педіатра за місцем проживання після відповідних обстежень згідно з діагнозом. Фізіотерапевтичне відділення, яке оснащено 42 сучасними кабінетами, пропонує пацієнтам більше ста різноманітних процедур. Серед них — тепло-, грязе- та водолікування, ручний і вакуумний масаж, соляна печера та ароматерапія.

Проведемо аналіз техніко-економічних показників діяльності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Аналіз техніко-економічних показників діяльності КНП
«Більче-Золотецька лікарня реабілітації»¹

Показники	Показники 2023 року	Показники 2022 року	Відхилення	
			Абсолютне	Відносне, %
Дохід без ПДВ, тис. грн.	42047343,64	34271014,97	7776328,67	22,69
Витрати, тис. грн.	52858019,98	40571046,60	12286973,38	30,29
Власний капітал, тис. грн.	2458,90	2458,90	0,00	0,00
Вартість основних засобів, тис. грн.	33014,80	25940,20	7074,60	27,27
Середньооблікова кількість штатних працівників, осіб	178,00	156,00	22,00	14,10
Фондовіддача	1,27	1,32	-0,05	-3,60
Фондоозброєність праці на 1 працівника, грн.	0,19	0,17	0,02	11,54
Рентабельність діяльності підприємства, %	79,55	84,47	-4,92	-5,83

На основі представлених даних можна зробити наступні висновки. Спостерігається зростання доходу на 7 776 328,67 тис. грн. у порівнянні з 2022 роком, що становить відносне відхилення 22,69%. Це свідчить про збільшення обсягів продажів або зростання доходу підприємства у 2023 році. Витрати також зросли на 12 286 973,38 тис. грн. або на 30,29%. Це може бути пов'язано з нарощуванням обсягів діяльності. Показник власного капіталу залишився на рівні 2 458,90 тис. грн., без змін порівняно з 2022 роком.

Вартість основних засобів зросла на 7 074,60 тис. грн. або 27,27%. Це може свідчити про оновлення основних засобів або їх придбання. Чисельність працівників зросла на 22 особи, або на 14,1%, що може вказувати на збільшення штату персоналу або зростання виробничих потреб підприємства. Показник фондовіддачі знизився на 0,05 одиниці або на 3,6%. Це свідчить про

¹ Складено автором за даними фінансової звітності установи.

зменшення ефективності використання основних засобів у процесі надання послуг.

Спостерігається збільшення показника фондоозброєності на 0,02 тис. грн., або на 11,54%. Це може вказувати на зростання вартості основних засобів, які припадають на одного працівника. Рентабельність зменшилась на 4,92% (з 84,47% до 79,55%), що свідчить про певне зниження ефективності роботи підприємства в 2023 році порівняно з попереднім роком. Отже, у 2023 році медична установа підвищила рівень доходів, витрат і чисельності працівників, що свідчить про зростання масштабів діяльності.

2.2 Аналіз матеріальної основи діяльності медичного закладу

Матеріальна основа медичного закладу є важливим фактором для надання якісних медичних послуг. Належне обладнання, сучасні технології та комфортні умови допомагають лікарям і медичному персоналу забезпечувати пацієнтів ефективним та безпечним лікуванням. Високоякісне обладнання дозволяє проводити точну діагностику та виконувати складні процедури, знижуючи ризики ускладнень. Окрім цього, добре облаштовані приміщення підвищують рівень довіри пацієнтів, сприяють зручності перебування та створюють умови для швидшого одужання. Таким чином, матеріальна база напряду впливає на якість обслуговування, ефективність лікування та загальний рівень задоволення пацієнтів послугами закладу.

Для медичного закладу найважливішим є обладнання, яке забезпечує надання якісної медичної допомоги, діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів. У першу чергу, це апарати для моніторингу стану пацієнтів, зокрема монітори життєвих функцій, дефібрилятори та апарати штучної вентиляції легень. Для дослідження матеріальної основи діяльності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» проведемо аналіз надходження товарно-матеріальних цінностей у динаміці 2022-2023 років (табл. 2.2, рис. 2.2).

Таблиця 2.2 – Аналіз надходження товарно-матеріальних цінностей КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2022-2023 років, грн.

№ з/п	Найменування показника	Загальний обсяг		Відхилення		За програмою медичних гарантій у 2023 році	З обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування у 2023 році	Благодійна допомога (надходження у натуральній формі) у 2023 році
		2022 рік	2023 рік	Абсолютне, грн.	Відносне, %			
1		2	3	4	5	6	7	8
1	Сировина й матеріали, у тому числі	3 551 103,94	7 070 163,04	3 519 059,10	99,10	3 617 030,02	320 000,00	1 023 468,84
1.1	Лікарські засоби (крім кисню)	515 245,45	986 193,46	470 948,01	91,40	542 898,66	80 760,00	42 954,87
1.2	Кисень, що використовується у медичних цілях (не власного виробництва)	0,00	4 131,48	4 131,48	-	4 131,48	0,00	0,00
1.3	Вироби медичного призначення	80 773,06	55 229,87	-25 543,19	-31,62	0,00	0,00	55 229,87
1.4	Дезінфекційні засоби	30 143,00	78 089,56	47 946,56	159,06	63 449,00	0,00	5 697,56
1.5	Засоби індивідуального захисту	1 766,00	1 525,00	-241,00	-13,65	0,00	0,00	1 525,00
1.6	Продукти харчування	1 584 300,30	3 305 846,83	1 721 546,53	108,66	1 415 160,48	239 240,00	458 851,54
2	Паливо	58 390,00	705 400,00	647 010,00	1 108,08	702 814,50	0,00	0,00
3	Будівельні матеріали	131 206,05	231 402,01	100 195,96	76,37	231 402,01	0,00	0,00
4	Запасні частини	14 087,00	148 162,52	134 075,52	951,77	148 162,52	0,00	0,00

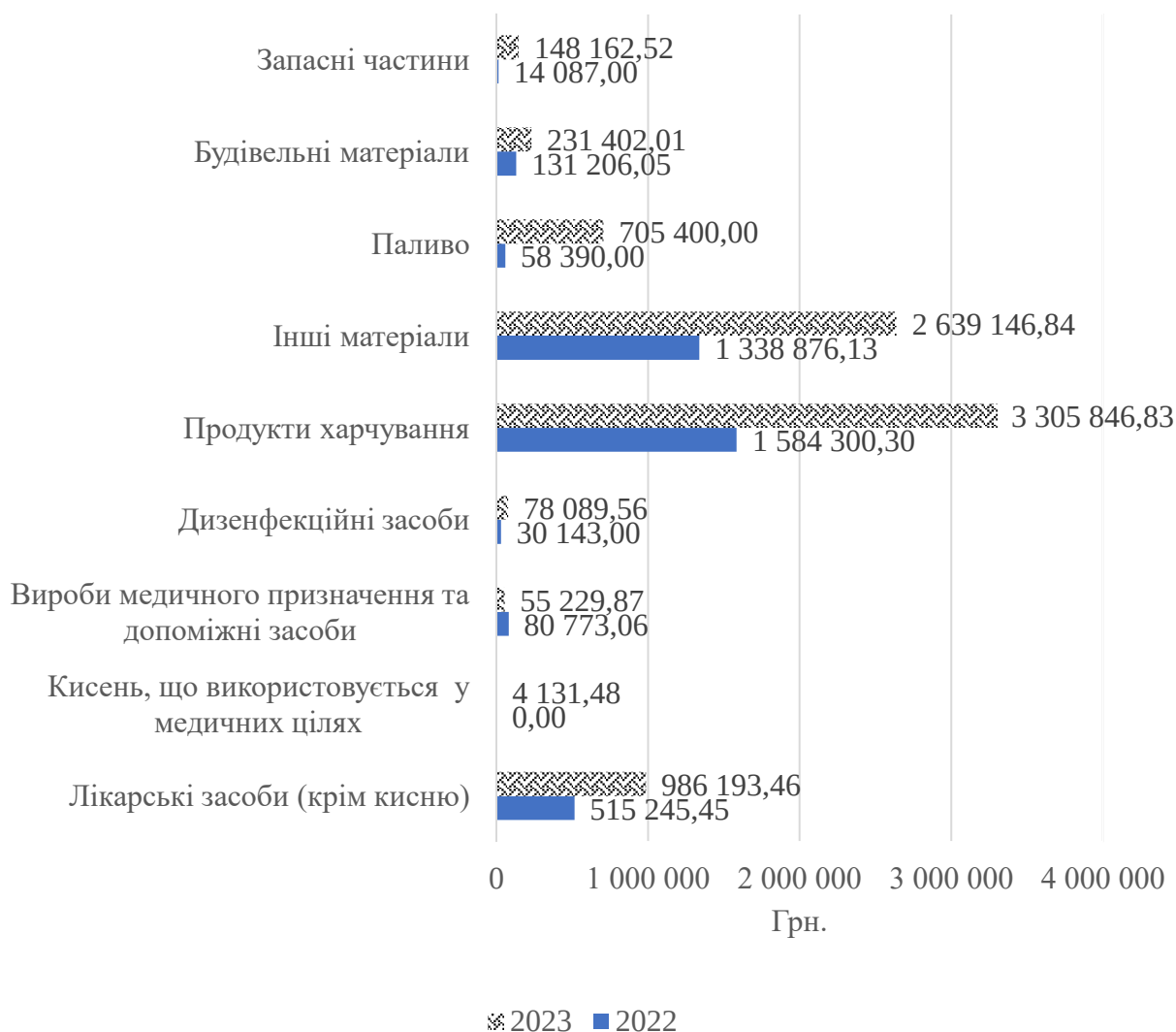


Рисунок 2.2 – Графічне представлення обсягів надходження товарно-матеріальних цінностей КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2022-2023 років²

Результати проведеного аналізу свідчать, що у 2023 році загальний обсяг витрат на сировину та матеріали значно зріс у порівнянні з попереднім роком, зокрема на 3 519 059,10 грн. або на 99,1%. Значні зміни стосувалися закупівлі лікарських засобів, яка зросла на 470 948,01 грн. (91,4%), а також використання кисню для медичних потреб, який у 2022 році не закуповували, тоді як у 2023 році витрати на кисень склали 4 131,48 грн. Витрати на медичні

² Складено автором за даними звітності медичної установи.

вироби, навпаки, зменшилися на 31,62%, що становить 25 543,19 грн. у від'ємному значенні.

Також спостерігалось збільшення витрат на дезінфекційні засоби на 159,06%, або на 47 946,56 грн., а на засоби індивідуального захисту витрати знизилися на 13,65% (-241,00 грн.). Витрати на продукти харчування виросли на 108,66% (на 1 721 546,53 грн.), що також значно вплинуло на загальне зростання витрат. Окремо варто зазначити витрати на паливо, які зросли на 1 108,08% (на 647 010,00 грн.), що є одним із найбільших відносних приростів серед показників. Витрати на будівельні матеріали також збільшилися на 76,37% (на 100 195,96 грн.), а витрати на запасні частини зросли на 951,77% (на 134 075,52 грн.), що свідчить про значні потреби у ремонті та обслуговуванні обладнання. Ці зміни фінансувалися як за програмою медичних гарантій, так і за кошти обласного, районного та місцевого бюджетів, а також через благодійну допомогу, що надійшла у натуральній формі.

На доповнення аналізу обсягів надходження товарно-матеріальних цінностей проведемо дослідження видів та розміру благодійної допомоги, яку отримала КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2022-2023 років (табл. 2.3).

Таблиця 2.3 – Результати дослідження видів та розміру благодійної допомоги, яку отримала КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2022-2023 років, грн.

Види благодійної допомоги	Грошові кошти, грн.		Питома вага, %		Надходження у натуральній формі	
	2022 рік	2023 рік	2022 рік	2023 рік	2022 рік	2023 рік
Всього	8700,0	143484,5	100,0	100,0	231437,7	1087674,8
від юридичних осіб	0,0	75000,0	0,0	52,3	231437,7	1087674,8
від фізичних осіб	8700,0	68484,5	100,0	47,7	0,0	0,0

У 2023 році обсяг благодійної допомоги значно зріс порівняно з 2022 роком. Загальна сума грошових коштів зросла з 8 700 грн. до 143 484,5 грн., причому 52,3% з цієї суми надійшло від юридичних осіб, а 47,7% – від фізичних осіб. Благодійна допомога у натуральній формі також збільшилася, досягнувши 1 087 674,8 грн., що майже в п'ять разів більше, ніж у попередньому році.

Важливим для оцінки майнового стану КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» є аналіз її балансу, оскільки баланс відображає усі ресурси, що є у розпорядженні закладу, а також джерела їх фінансування. За допомогою цього аналізу можна визначити структуру активів (майна), їхню ліквідність і ступінь зношеності, а також обсяги зобов'язань та рівень фінансової стійкості установи. Баланс показує, наскільки заклад забезпечений власними та залученими коштами, які напрями потребують додаткових інвестицій, і чи є у нього можливості своєчасно погашати борги. Це дозволяє ефективніше планувати бюджет, залучати фінансування та забезпечувати стабільне надання медичних послуг. Аналіз балансу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» представлено у таблицях 2.4, 2.5.

У 2023 році загальний обсяг активів медичної установи зріс на 7 155,9 тис. грн., що становить 20,2% порівняно з 2022 роком. Основну частину активів, як і раніше, складають необоротні активи, зокрема, основні засоби, які збільшилися на 9 638,1 тис. грн. (32,7%), а їхня питома вага зросла з 83,1% до 84,3%. Незавершені капітальні інвестиції були повністю списані, що знизило їхню питому вагу до нуля.

Нематеріальні активи залишилися без змін і незначно знизили свою питому вагу до 0,5%. Знос основних засобів збільшився на 1 185,4 тис. грн., однак його питома вага в загальному балансі зменшилася. Оборотні активи зросли на 860,6 тис. грн. (35,7%) завдяки значному збільшенню запасів на 108,1%, тоді як обсяг грошових коштів трохи зменшився на 151,2 тис. грн. Відповідно, частка оборотних активів у балансі зросла до 7,1%.

Таблиця 2.4 – Аналіз активу балансу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років, тис. грн.³

Статті активу балансу	2022 рік	2023 рік	Відхилення		Питома вага, %		Різниця у питомій вазі, %
			Абсолютне, тис. грн.	Відносне, %	2022 рік	2023 рік	
I. Необоротні активи							
Нематеріальні активи	239,0	239,0	0,0	0,0	0,7	0,5	-0,2
первісна вартість	538,3	538,3	0,0	0,0	1,5	1,2	-0,4
накопичена амортизація (-)	-299,3	-299,3	0,0	0,0	-0,8	-0,6	0,2
Незавершені капітальні інвестиції	3342,8	0,0	-3342,8	-100,0	9,4	0,0	-9,4
Основні засоби	29433,0	39071,1	9638,1	32,7	83,1	84,3	1,2
первісна вартість	40639,0	51462,5	10823,5	26,6	114,7	111,0	-3,7
знос (-)	-11206,0	-12391,4	-1185,4	10,6	-31,6	-26,7	4,9
Усього за розділом I	33014,8	39310,1	6295,3	19,1	93,2	84,8	-8,4
II. Оборотні активи							
Запаси	935,6	1947,4	1011,8	108,1	2,6	4,2	1,6
Гроші та їх еквіваленти	1477,7	1326,5	-151,2	-10,2	4,2	2,9	-1,3
Усього за розділом II	2413,3	3273,9	860,6	35,7	6,8	7,1	0,2
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Баланс	35428,1	42584,0	7155,9	20,2	100,0	91,9	-8,1

³ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Таблиця 2.5 – Аналіз пасиву балансу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років, тис. грн.⁴

Статті пасиву балансу	2022 рік	2023 рік	Відхилення		Питома вага, %		Різниця у питомій вазі, %
			Абсолютне, тис. грн.	Відносне, %	2022 рік	2023 рік	
I. Власний капітал							
Додатковий капітал, всього, у тому числі	22,7	86,9	64,2	282,8	0,1	0,2	0,1
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	2436,2	2437,4	1,2	0,0	6,9	5,3	-1,6
Усього за розділом I	2458,9	2524,3	65,4	2,7	6,9	5,4	-1,5
II. Довгострокові зобов’язання і забезпечення							
Цільове фінансування, всього, у тому числі	3456,7	518,0	-2938,7	-85,0	9,8	1,1	-8,6
на суму залишків запасів, що отримані з бюджету або як благодійна допомога, всього, у тому числі	113,9	518,0	404,1	354,8	0,3	1,1	0,8
на суму залишків капітальних інвестицій, що отримані з бюджету або як благодійна допомога	3342,8	0,0	-3342,8	-100,0	9,4	0,0	-9,4
Усього за розділом II	3456,7	518,0	-2938,7	-85,0	9,8	1,1	-8,6
III. Поточні зобов’язання і забезпечення							
розрахунками з оплати праці, у тому числі	0,0	3778,2	3778,2	-	0,0	8,1	8,1
Поточна кредиторська заборгованість за отриманими авансами, всього, у тому числі	0,0	1103,0	1103,0	-	0,0	2,4	2,4
Доходи майбутніх періодів, всього, у тому числі	29512,5	38438,7	8926,2	30,2	83,3	82,9	-0,4
Усього за розділом III	29512,5	43319,9	13807,4	46,8	83,3	93,4	10,1
Баланс	35428,1	46362,2	10934,1	30,9	100,0	100,0	0,0

⁴ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Основну частину пасивів становлять поточні зобов'язання, які збільшилися на 13 807,4 тис. грн. (46,8%), піднявши їх питому вагу в структурі балансу до 93,4%. Зокрема, суттєво зросли розрахунки з оплати праці, які досягли 3 778,2 тис. грн., а також з'явилася поточна кредиторська заборгованість за отриманими авансами у розмірі 1 103,0 тис. грн. Доходи майбутніх періодів збільшилися на 8 926,2 тис. грн. (30,2%) і залишаються значним джерелом фінансування, з питомою вагою 82,9%.

Власний капітал установи зріс на 65,4 тис. грн (2,7%), переважно за рахунок додаткового капіталу, хоча його питома вага залишається незначною — 5,4%. Нерозподілений прибуток фактично не змінився. Довгострокові зобов'язання, навпаки, зменшилися на 85,0%, оскільки цільове фінансування скоротилося, зокрема, через відсутність залишків капітальних інвестицій.

Отже, у 2023 році активи медичної установи зросли на 20,2%, досягнувши 7 155,9 тис. грн., завдяки збільшенню основних засобів (+32,7%). Незавершені капітальні інвестиції списані, оборотні активи зросли (+35,7%), переважно за рахунок запасів. Пасиви характеризуються зростанням поточних зобов'язань (+46,8%), зокрема через оплату праці та кредиторську заборгованість. Доходи майбутніх періодів залишаються основним джерелом фінансування (82,9%). Власний капітал зріс на 2,7%, однак його питома вага залишається низькою (5,4%). Довгострокові зобов'язання суттєво зменшилися (-85,0%) через скорочення цільового фінансування.

2.3 Дослідження фінансового забезпечення та динаміки кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

Фінансове забезпечення медичної установи є надзвичайно важливим оскільки воно гарантує безперебійну роботу закладу, що дозволяє надавати необхідні медичні послуги пацієнтам у будь-який час. Достатнє фінансування забезпечує можливість закупівлі сучасного обладнання та медичних матеріалів, що підвищує якість діагностики та лікування. Крім того, стабільне

фінансове забезпечення дозволяє своєчасно виплачувати заробітну плату медичному персоналу, що сприяє їхній мотивації та професіоналізму. Інвестиції в розвиток та модернізацію інфраструктури закладу сприяють впровадженню новітніх технологій та покращенню умов праці. Також фінансовий ресурс необхідний для проведення навчань та підвищення кваліфікації співробітників, що забезпечує високу якість медичних послуг. Нарешті, наявність стабільного фінансування допомагає медичній установі подолати фінансові труднощі, забезпечуючи її довгострокову стабільність та здатність реагувати на виникаючі виклики у сфері охорони здоров'я.

Доходи є важливим індикатором фінансового стану медичної організації, оскільки вони відображають її здатність забезпечувати стабільну діяльність. Вони показують, наскільки ефективно організація надає послуги та залучає фінансування. Високий рівень доходів свідчить про фінансову стабільність закладу, його спроможність покривати поточні витрати, інвестувати в розвиток та модернізацію. Доходи також демонструють платоспроможність організації, тобто її здатність виконувати фінансові зобов'язання. Крім того, рівень доходів впливає на фінансову автономію установи, зменшуючи її залежність від зовнішнього фінансування. Таким чином, доходи є ключовим показником, який характеризує економічну життєздатність та перспективи розвитку медичної організації. Проведемо аналіз доходів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Аналіз доходів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років, грн.

Найменування показника	2022 рік	Питома вага у 2022 році, %	2023 рік	Питома вага у 2023 році, %
1	2	3	4	5
Дохід (без ПДВ), всього	43 247 540,02	100,00	54044594,98	100,00
Дохід від реалізації, всього	34 271 014,97	79,24	42047343,64	77,80

Продовження таблиці 2.6

1	2	3	4	5
Робіт та послуг, у тому числі:	34 271 014,97	79,24	42047343,64	77,80
дохід за програмою медичних гарантій (з додатка Доходи ПМГ)	0,00	-	32934643,00	60,94
дохід від надання медичних та немедичних послуг за кошти фізичних і юридичних осіб та страхових виплат	0,00	-	9112700,64	16,86
Інший операційний дохід, всього	7 950 125,05	18,38	10811876,34	20,01
Цільовий інший операційний дохід, всього, у тому числі	7 950 125,05	18,38	10528579,14	19,48
Інший операційний дохід від надання майна в оренду	15 748,37	0,04	49957,26	0,09
Інший операційний дохід від компенсацій за комунальні платежі від орендаря	28 646,68	0,07	43085,69	0,08
Інше (інший операційний дохід), всього, з нього	0,00	0,00	190254,25	0,35
Неопераційний дохід, всього	1 026 400,00	2,37	1185375,00	2,19
Неопераційний дохід, від амортизації по НА та ОЗ, що отримані як цільове фінансування	1 026 400,00	2,37	1185375,00	2,19

Результати проведеного аналізу свідчать, що в 2023 році загальний дохід медичної організації зріс порівняно з 2022 роком, залишаючи питому вагу на рівні 100%. Основну частину доходу складає дохід від реалізації, який дещо зменшив свою питому вагу до 77,80%. Значний внесок у цю категорію зробив дохід за програмою медичних гарантій (60,94%), який у 2022 році був відсутній. Дохід від надання послуг фізичним і юридичним особам становив 16,86%. Інший операційний дохід зріс і досяг 20,01% питомої ваги, основна частина якого була цільовою. Неопераційний дохід зберіг свою частку на рівні

близько 2,2%, здебільшого за рахунок амортизації отриманого як цільове фінансування майна.

Аналіз витрат також є важливим для оцінювання фінансового забезпечення медичної установи, оскільки дозволяє зрозуміти, наскільки ефективно використовуються наявні ресурси. Він допомагає визначити основні статті витрат, оцінити їх доцільність і виявити можливості для економії без шкоди для якості медичних послуг. Аналіз також дозволяє виявити тенденції зростання чи зменшення витрат, що сприяє кращому плануванню бюджету і ресурсів. Завдяки цьому можна оптимізувати фінансування ключових напрямів діяльності, таких як закупівля обладнання, виплата заробітної плати чи проведення ремонтів. Крім того, аналіз витрат допомагає контролювати фінансову стабільність установи та запобігати можливим дефіцитам, які можуть вплинути на її функціонування. Дослідження обсягів витрат КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Аналіз обсягів витрат КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2023-2024 років, грн.⁵

№ з/п	Статті витрат	2022 рік	2023 рік	Відхилення	
				Абсолютне, грн.	Відносне, %
1	2	3	4	5	6
1	Витрати (всього, без амортизації)	40 571 046,60	52 858 019,98	12 286 973,38	30,29
2	Операційні витрати (без амортизації)	40 571 046,60	52 858 019,98	12 286 973,38	30,29
3	ЗП і інші виплати	24 170 564,31	28 402 885,69	4 232 321,38	17,51
4	Нарахування на оплату праці	5 265 476,96	5 875 035,67	609 558,71	11,58
5	Соціальне забезпечення (у тому пільгові пенсії)	61 952,44	71 534,02	9 581,58	15,47
6	Матеріальні витрати	10 446 629,51	15 763 076,53	5 316 447,02	50,89

⁵ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

Продовження таблиці 2.7

1	2	3	4	5	6
7	Медикаменти та перев'язувальні матеріали	565 609,94	1 019 265,85	453 655,91	80,21
8	Лікарські засоби (крім кисню)	535 106,94	943 238,59	408 131,65	76,27
9	Дезинфекційні засоби	30 503,00	76 027,26	45 524,26	149,25
10	Продукти харчування	1 498 191,40	2 897 735,54	1 399 544,14	93,42
11	Предмети, матеріали та інвентар	24 068,22	167 481,65	143 413,43	595,86
12	Будівельні матеріали	285 330,41	790 842,75	505 512,34	177,17
13	Паливно-мастильні матеріали	83 737,00	591 322,50	507 585,50	606,17
14	Витрати комунальних послуг та інших енергоносіїв (тепло, електроенергія, вода, інше)	7 614 485,98	8 497 287,38	882 801,40	11,59
15	М'який інвентар	17 187,10	125 342,30	108 155,20	629,28
16	Господарські матеріали	198 986,42	1 551 264,32	1 352 277,90	679,58
17	Ремонт	12 955,00	122 534,24	109 579,24	845,85
18	Ремонт медичного обладнання	12 955,00	47 265,72	34 310,72	264,85
19	Інші операційні витрати	626 423,38	2 745 488,07	2 119 064,69	338,28
20	ТО/сервісне обслуговування/поверка НМА	46 828,40	62 089,67	15 261,27	32,59
21	Зв'язок, інтернет	61 957,47	87 796,39	25 838,92	41,70
22	Податки	95 627,26	592 695,47	497 068,21	519,80
23	Банківське обслуговування	12 197,87	13 647,70	1 449,83	11,89
24	Амортизація	1 539 618,00	1 185 375,00	-354 243,00	-23,01
25	Амортизація основних засобів	1 085 518,00	860 419,56	-225 098,44	-20,74
26	Амортизація інших необоротних матеріальних активів	454 100,00	324 955,44	-129 144,56	-28,44

Результати аналізу свідчать, що у 2023 році витрати медичної установи без урахування амортизації зросли на 30,29% і склали 52 858 019,98 грн. Найбільше зростання спостерігалось у матеріальних витратах (+50,89%), зокрема на медикаменти (+80,21%) і продукти харчування (+93,42%). Витрати на оплату праці збільшилися на 17,51%, а нарахування на соціальне забезпечення зросли на 11,58%. Значне збільшення відбулося у витратах на господарські матеріали (+679,58%) та ремонт (+845,85%). Водночас амортизаційні витрати знизилися на 23,01%, що може свідчити про оптимізацію або скорочення інвестицій у необоротні активи. Загальне зростання витрат вказує на розширення діяльності установи та підвищення витрат на забезпечення її операційної ефективності.

На доповнення до аналізу доходів та витрат проведемо дослідження динаміки капітальних інвестицій КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Динаміка обсягів капітальних інвестицій КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації», грн.⁶

Найменування показника	2022 рік	2023 рік	Здійснено капітальних інвестицій у розрізі джерел фінансування			
			Програма медичних гарантій	З обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування	Благодійна допомога	Інше
1	2	3	4	5	6	7
Капітальні інвестиції, всього, у тому числі:	5032434,2	10823507,1	54937,5	9786675,0	64206,0	917688,6
капітальне будівництво, у тому числі:	0,0	350259,0	704,0	349555,0	0,0	0,0
модернізація, модифікація	0,0	350259,0	704,0	349555,0	0,0	0,0

⁶ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Продовження таблиці 2.8

1	2	3	4	5	6	7
Основні засоби, у тому числі:	5032434,2	10473248,1	54233,5	9437120,0	64206,0	917688,6
придбання (виготовлення) основних засобів	5032434,2	10473248,1	54233,5	9437120,0	64206,0	917688,6

На основі даних таблиці видно, що загальний обсяг капітальних інвестицій значно зріс з 2022 року до 2023 року: з 5 032 434,2 грн. до 10 823 507,1 грн. Основна частина цих інвестицій фінансувалася за рахунок коштів з обласного, районного та місцевого бюджетів, сума яких у 2023 році склала 9 786 675,0 грн.

Капітальне будівництво та роботи з модернізації та модифікації, які не здійснювалися у 2022 році, у 2023 році профінансовані на 350 259,0 грн., з яких основна частина також припадає на місцеві бюджети (349 555,0 грн.). Інвестиції в основні засоби зросли з 5 032 434,2 грн. у 2022 році до 10 473 248,1 грн. у 2023 році. Як і раніше, значна частина фінансування на придбання основних засобів надходить з місцевих бюджетів, що у 2023 році склало 9 437 120,0 грн. Благодійна допомога та інші джерела у 2023 році залишалися відносно невеликими порівняно з основним джерелом.

Ще одним ключовим фактором, що впливає на матеріально-фінансову основу медичної установи, є кадрові ресурси. Висококваліфіковані медичні працівники забезпечують якісне надання послуг, що сприяє залученню пацієнтів та підвищенню доходів закладу. Ефективне управління персоналом дозволяє оптимізувати витрати на заробітну плату, навчання і розвиток, що позитивно впливає на фінансову стабільність. Задоволеність працівників умовами праці знижує рівень плинності кадрів. Сильна команда медиків сприяє залученню інвестицій та підвищенню репутації, що, у свою чергу, збільшує матеріальні ресурси установи. Склад і структура кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» представлено у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 – Склад і структура кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації», осіб⁷

№ з/п	Найменування показника	Всього	Керівники	Керівники структурних підрозділів, які виконують загально-виробничі функції та надають медичні послуги	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал / прибиральники службових приміщень	Інші працівники		Кількість людино-годин, за які була нарахована заробітна плата	
								Виконують адміністративні та загальногосподарські функції	Зайняті у наданні медичних послуг	Всього	на 1 працівника
2023 рік											
1	Середня кількість працівників, всього, у тому числі:	178	2	5	14	67	47	38	5	322240	1 810
1.1.	середньо-облікова кількість штатних працівників	178	2	5	14	67	47	38	5	322240	1 810
2022 рік											
2	Середня кількість працівників, всього, у тому числі:	156	2	6	10	51	55	27	5	304306	1 951
2.1.	середньо-облікова кількість штатних працівників	156	2	6	10	51	55	27	5	304306	1 951

⁷ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

На основі даних таблиці можна зробити висновок, що у 2023 році порівняно з 2022 роком спостерігається збільшення середньої кількості працівників у медичній установі з 156 до 178 осіб. Зростання відбулося в основному за рахунок лікарів (з 10 до 14 осіб), середнього медичного персоналу (з 51 до 67 осіб) та інших працівників (з 27 до 38 осіб).

Водночас кількість молодшого медичного персоналу та прибиральників службових приміщень зменшилася з 55 до 47 осіб. Це може свідчити про оптимізацію кадрового складу або зміну підходів до виконання певних функцій. Кількість людино-годин, за які була нарахована заробітна плата, зросла з 304 306 до 322 240, що відображає збільшення обсягу роботи. Однак продуктивність на одного працівника, яка вимірюється середньою кількістю людино-годин, дещо знизилася з 1 951 до 1 810, можливо, через зростання загальної кількості персоналу. Загалом динаміка свідчить про розширення штату та підвищення ролі лікарів і середнього медичного персоналу в діяльності установи.

Відбулися зміни й у питомій вазі різних категорій персоналу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» (рис. 2.3). На основі двох діаграм можна зробити висновок, що структура персоналу медичної установи змінилася. У 2023 році значно зросла частка середнього медичного персоналу (38% порівняно з 33% у 2022 році), що вказує на підсилення цієї категорії кадрів. Частка молодшого медичного персоналу зменшилася з 35% до 26%, що може свідчити про оптимізацію або перерозподіл обов'язків.

Частка лікарів також зросла з 6% до 8%, що підкреслює збільшення ролі кваліфікованих фахівців у наданні медичних послуг. Натомість частка керівників структурних підрозділів зменшилася з 4% до 3%, а частка інших працівників знизилася з 21% до 24%. Водночас частка керівників залишилася стабільною на рівні 1%. Загалом зміни демонструють спрямованість установи на посилення середнього та лікарського персоналу, що є важливим для забезпечення якісних медичних послуг.

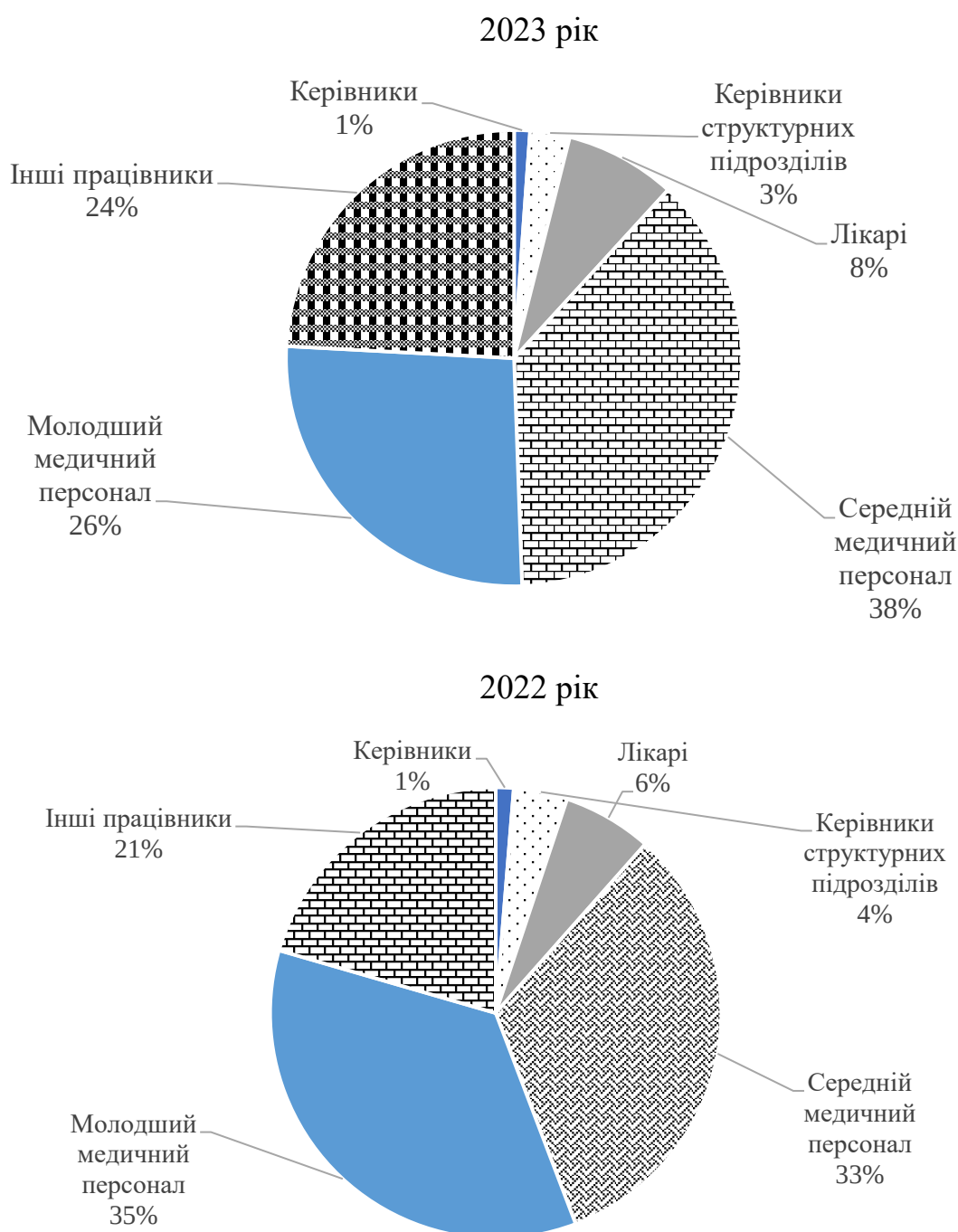


Рисунок 2.3 – Питома вага працівників різних категорій у середньосписковій чисельності персоналу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»⁸

Доповнимо аналіз кадрових ресурсів медичної установи дослідженням середньомісячної оплати праці. Такий аналіз дозволяє оцінити взаємозв'язок між рівнем заробітної плати, продуктивністю працівників та мотивацією

⁸ Складено автором за даними звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

персоналу. Заробітна плата є важливим фактором утримання кадрових ресурсів та залучення висококваліфікованих фахівців, особливо у сфері охорони здоров'я, де професіоналізм має прямий вплив на якість послуг.

Вивчення рівня оплати праці допомагає виявити, чи відповідає винагорода працівників їхньому внеску в діяльність установи, і може слугувати індикатором ефективності використання бюджетних або інших фінансових ресурсів. Крім того, цей аналіз дозволяє визначити, наскільки конкурентоспроможними є умови праці в порівнянні з іншими медичними закладами, що є ключовим для формування стабільного колективу. Таким чином, поєднання аналізу кадрових ресурсів і оплати праці сприяє створенню ефективної стратегії управління персоналом. Результати аналізу оплати праці персоналу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» представлено на рис. 2.4 і в табл. 2.10.



Рисунок 2.4 – Динаміка та обсяги оплати праці персоналу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у 2022 – 2023 роках

Таблиця 2.10 – Динаміка оплати праці персоналу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»⁹

Найменування показника, грн.	Середня оплата праці	Керівники	Керівники структурних підрозділів	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал/прибиральники службових приміщень	Інші працівники
2023 рік							
Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць, грн.	13 140,23	40 752,03	28 807,52	22 489,32	13 996,82	7 714,27	11 586,32
2022 рік							
Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць, грн.	12 088,10	37 829,18	27 752,82	24 282,50	13 814,65	6 873,47	9 942,36
Відхилення							
Абсолютне відхилення середньомісячної заробітної плати одного штатного працівника в місяць, грн.	1052,13	2922,85	1054,70	-1793,18	182,17	840,80	1643,96
Відносне відхилення середньомісячної заробітної плати одного штатного працівника в місяць, грн.	8,70	7,73	3,80	-7,38	1,32	12,23	16,53

⁹ Складено автором за даними фінансової звітності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Аналізуючи середньомісячну заробітну плату штатних працівників у 2023 році порівняно з 2022 роком, можна зробити висновок, що загальний рівень оплати зріс на 8,7% (на 1 052,13 грн.), досягнувши 13 140,23 грн. Найбільше зростання заробітної плати в абсолютному вимірі спостерігалось у керівників (на 2 922,85 грн.), що становить 7,73% приросту, а також у категорії «Інші працівники» (на 1 643,96 грн., приріст 16,53%).

У середнього медичного персоналу та молодшого медичного персоналу також відбулося підвищення заробітної плати, але воно було незначним: на 182,17 грн. (1,32%) і 840,80 грн. (12,23%) відповідно. Водночас заробітна плата лікарів знизилася на 1 793,18 грн. (на 7,38%), що може свідчити про перерозподіл коштів або зміну умов оплати праці для цієї категорії. Таким чином, загальна тенденція демонструє зростання заробітної плати для більшості категорій працівників, що може бути спрямоване на підвищення мотивації та утримання персоналу. Однак зниження оплати праці лікарів потребує подальшого аналізу, оскільки ця категорія є ключовою для забезпечення якісних медичних послуг.

Отже, у розділі 2 представленої кваліфікаційної роботи магістра досліджено сучасний стан та особливості забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. У рамках дослідження здійснено загальну характеристику та проведено дослідження організаційної структури управління лікарні, проаналізовано матеріальну основу діяльності медичного закладу, досліджено фінансове забезпечення та динаміку кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації». Результати аналітичного дослідження є основою для розроблення проєктних пропозицій у третьому розділі роботи.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ФІНАНСОВОЇ ОСНОВИ
ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО
ПІДПРИЄМСТВА «БІЛЬЧЕ-ЗОЛОТЕЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ІМЕНІ В.Г. ВЕРШИГОРИ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ

3.1 Оптимізування витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу

Медичні послуги, що надаються КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації», організовані в окремих відділах, кожен з яких спеціалізується на певних напрямках, таких як хірургія, ортопедія, неврологія тощо, із застосуванням відповідних засобів. Питання економічної ефективності та якості послуг повинні бути розглянуті не лише на рівні окремих відділень, а й на всіх рівнях управління установи, включаючи такі підрозділи, як аптека, пральня, їдальня та інші.

Економічні проблеми, що виникають у процесі надання послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації», не обмежуються лише підвищенням прибутку через надання послуг вищого рівня, що відображається в категорії ціни. Значно важливішими є такі категорії, як вартість і витрати. Кожна послуга, що надається в лікарні, включає в себе загальні питомі витрати та кошти, що залежать від проектного, наявного чи типового рівня послуг. Важливу роль у цьому контексті відіграє рівень послуг як економічна категорія, оскільки саме він впливає на процеси прийняття рішень та оптимізацію управління рівнем і системою надання медичних послуг.

Управління системою реалізується через процеси прийняття рішень, які включають планування, програмування, проектування, контроль та вдосконалення рівня послуг. Важливу роль у цьому процесі відіграють економічні категорії, оскільки вони сприяють оптимізації та стимулюванню

прийняття рішень. Кожне рішення щодо рівня наданих послуг має бути оцінене з економічної точки зору, оскільки в умовах товарно-грошових відносин саме через економічні категорії визначаються основні цілі підприємництва, а управління системою сприяє їх досягненню.

КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» здійснює облік витрат за центрами їх виникнення. Зі збільшенням рівня наданих медичних послуг зростають і витрати, необхідні для їх забезпечення.

Ключовим елементом цієї схеми є визначення критичної точки рівня послуг, тобто необхідно розрахувати точку, в якій надання прийняттого рівня послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» вимагатиме мінімальних витрат. Для визначення оптимального стану потрібно проаналізувати рівень медичних послуг, а потім дослідити витрати, які потрібні для його забезпечення. Порівнявши отримані результати, можна визначити критичну точку, яка дозволяє досягти необхідного рівня медичних послуг (рис. 3.1).

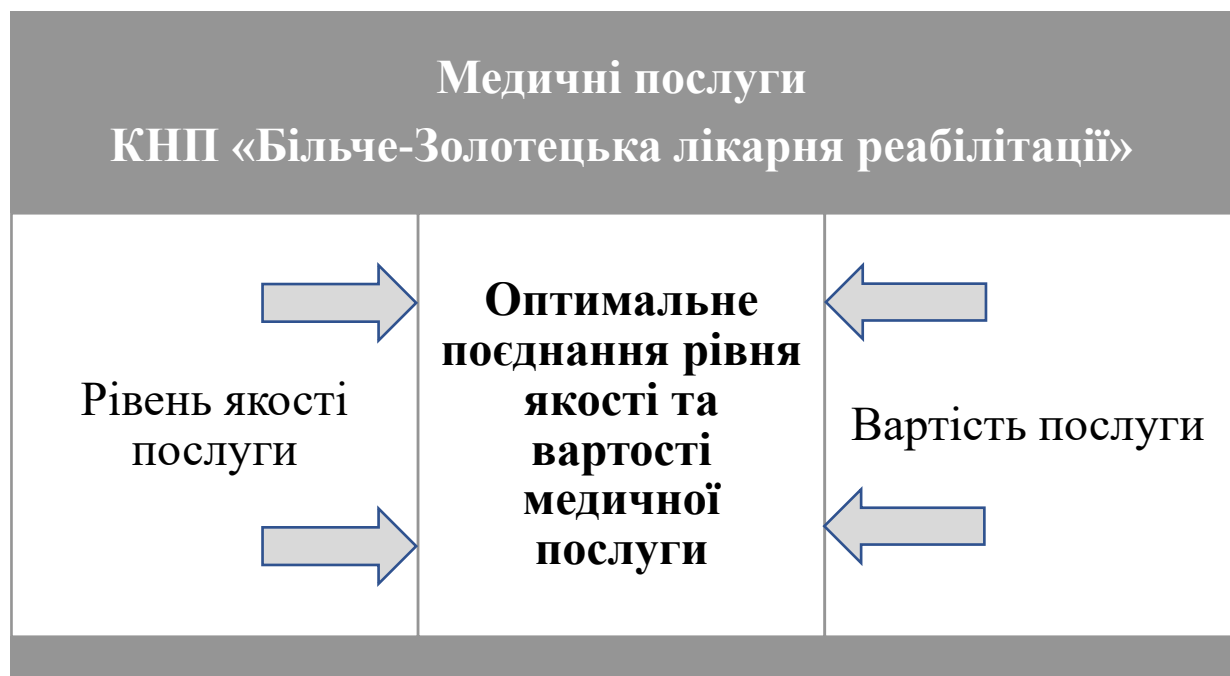


Рисунок 3.1 – Схематичне представлення оптимізації якості та вартості медичних послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

Вибір класифікації витрат на рівень медичних послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» є умовним питанням. Об'єктивна інформаційна база для керівництва допоможе ухвалити необхідні рішення щодо обліку витрат на якість послуг. Важливим є також розуміння співробітниками впливу рівня послуг на ефективність діяльності лікарні. Для постійного контролю за витратами на забезпечення рівня послуг слід не лише вести їх облік, а й аналізувати джерела їх утворення та динаміку процесу. На основі отриманих даних потрібно розробити оптимальний проект, спрямований на зменшення витрат.

Оптимізація витрат повинна розпочатися з оцінки вартості складових надання послуг, що дозволить не лише вирішити поточні проблеми, а й здійснити їх оптимізацію. У цьому випадку завдання полягає в тому, щоб за обмежених фінансових ресурсів на придбання нового медичного обладнання та з урахуванням необхідності виконання планів обслуговування пацієнтів визначити таку стратегію оновлення, яка дозволить підвищити продуктивність роботи медичних приладів у плановому періоді з мінімальними витратами. Це завдання є багатофакторним і багатоваріантним. План відновлення медичного обладнання можна вважати оптимальним лише тоді, коли заміна застарілого устаткування забезпечить зростання продуктивності праці протягом запланованого періоду при мінімальних загальних витратах.

$$\sum_{j=1}^T \sum_{i=1}^N P_{ij} \rightarrow \min, \quad (3.1)$$

де P_{ij} – приведені витрати на річну продуктивність, яку забезпечує i -та одиниця застарілого обладнання в j -му році планового періоду;

N – кількість одиниць обладнання, що потребує заміни протягом планового періоду;

T – термін планованого періоду.

З економічної точки зору, мінімум витрат відповідає максимуму економічного ефекту, отриманого від заміни застарілого обладнання протягом

планованого періоду. Для визначення економічного ефекту E_i від заміни кожної конкретної одиниці застарілого устаткування у її оптимальний строк служби необхідно порівняти приведені витрати для варіанту експлуатації без заміни та з урахуванням проведеної заміни.

$$E_i = \sum_{i=1}^T \Pi_{ij} - \sum_{j=1}^T \Pi_{ij}', \quad (3.2)$$

де Π_{ij} і Π_{ij}' – середнє значення приведених витрат на річне обслуговування пацієнтів i -ю одиницею медичного обладнання в j -му році планового періоду для варіанту її подальшої експлуатації без заміни та з урахуванням проведеної заміни в плановому періоді.

Результати розрахунків економічного ефекту дозволяють визначити найефективніший спосіб розподілу фінансових ресурсів між об'єктами заміни, що в кінцевому підсумку допоможе вибрати оптимальний план оновлення медичного обладнання КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації». У випадку, коли певна сума фінансових ресурсів виділяється на кожен рік планового періоду і не може бути перенесена на інші роки, завдання оптимального розподілу фінансів формулюється так: в кожному j -му році планового періоду потребують заміни n_j одиниць застарілого обладнання. Для їх оновлення передбачена сума фінансових ресурсів у розмірі K_j . Заміна кожної i -ї одиниці застарілого устаткування вимагає витрат $K_1, K_2, \dots, K_i, \dots, K_{n_i}$ фінансових ресурсів. Економічний ефект від заміни кожної одиниці устаткування протягом планового періоду складає відповідно $E_1, E_2, \dots, E_i, \dots, E_{n_i}$. Завдання полягає в тому, щоб правильно розподілити кожен з річних сум фінансових ресурсів між одиницями застарілого устаткування, заміна яких забезпечить максимальний економічний ефект за весь плановий період.

Розв'язок цієї задачі полягає в виборі медичного обладнання, яке потребує заміни в кожному конкретному році планового періоду, і оновлення якого дасть максимальний економічний ефект на одну гривню витрат у межах встановленого річного ліміту фінансових ресурсів. Для вирішення цієї задачі

пропонується застосувати математичну модель цілочислового лінійного програмування з булевими змінними:

$$\sum_{i=1}^{nj} E_i X_i \rightarrow \max \quad (3.3)$$

та обмеженнями:

$$\sum_{i=1}^{nj} K_i X_i \leq K_j; X_i = 0 \cup 1. \quad (3.4)$$

Булеві змінні X_i задаються наступним чином:

$$X_i = \begin{cases} 1, \text{ якщо } i - \text{й об'єкт одержує ресурси у необхідному розмірі;} \\ 0, \text{ у протилежному випадку.} \end{cases}$$

Модель розробляється та поетапно вирішується для кожного року окремо. Застаріле обладнання, яке не було включене в плани заміни на поточний рік, повинно бути враховано при складанні планів на наступні роки. В результаті вирішення моделей для кожного року планового періоду будуть визначені всі $X_i = 1$, що вказуватимуть на найбільш ефективні об'єкти заміни, які слід включити в план оновлення парку устаткування. Таким чином, буде проведена оптимізація фінансування проекту з урахуванням зазначених умов.

У випадку, коли ліміт фінансових ресурсів встановлюється на весь плановий період, задача стає більш складною, оскільки з'являється можливість одночасного оптимального розподілу ресурсів серед окремих одиниць обладнання та років планового періоду оновлення, хоча принцип її вирішення залишається незмінним. В цьому випадку підбір застарілого обладнання здійснюється одночасно для всього устаткування (N), яке потребує заміни в плановому періоді, у межах визначеного та виділеного на цей період ліміту фінансових ресурсів (K_S). Математична модель розподілу

ресурсів формулюється для всього планового періоду, а не окремо для кожного року. Вона записується таким чином:

$$\sum_{i=1}^N E_i X_i \rightarrow \max. \quad (3.5)$$

При обмеженнях:

$$\sum_{i=1}^N K_i X_i \leq K_S; X_i = 0 \cup 1. \quad (3.6)$$

У результаті розв'язку визначається обладнання, яке має бути включене в план оновлення парку устаткування. Сума витрат, необхідних для заміни устаткування, що потрапило до оптимального плану оновлення за окремими роками планового періоду, дозволить сформувати оптимальний план фінансування. Загалом для оновлення парків обладнання застосовується принцип, який дозволяє створювати оптимальні плани при різних обсягах та варіантах розподілу фінансових ресурсів. Враховується інтегральний показник економічної ефективності витрат (J_i), який розраховується як відношення економічного ефекту від заміни кожної i -ї одиниці устаткування (E_i) до необхідних для цього витрат (K_i):

$$J_i = \frac{E_i}{K_i} \quad (3.7)$$

Розрахунки дають змогу здійснити ранжування устаткування, яке потребує заміни в плановому періоді, на основі зменшення показника J_i , з одночасним врахуванням витрат, що зростають. Загальна сума не повинна перевищувати фактично виділену на плановий період кількість фінансових ресурсів.

Запропонована методика складання оптимальних планів оновлення устаткування для КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» враховує

багатоваріантність розв’язку цієї задачі, що дозволяє підвищити ефективність використання фінансових ресурсів та нового обладнання на підприємстві. По суті, оптимізація плану оновлення парку устаткування медичної установи є аналогічною задачі оптимального розподілу наявних фінансових ресурсів між об’єктами заміни та роками планового періоду з метою максимізації економічного ефекту. Процес надання медичних послуг слід розглядати як формування ланцюга цінності (рис. 3.2).

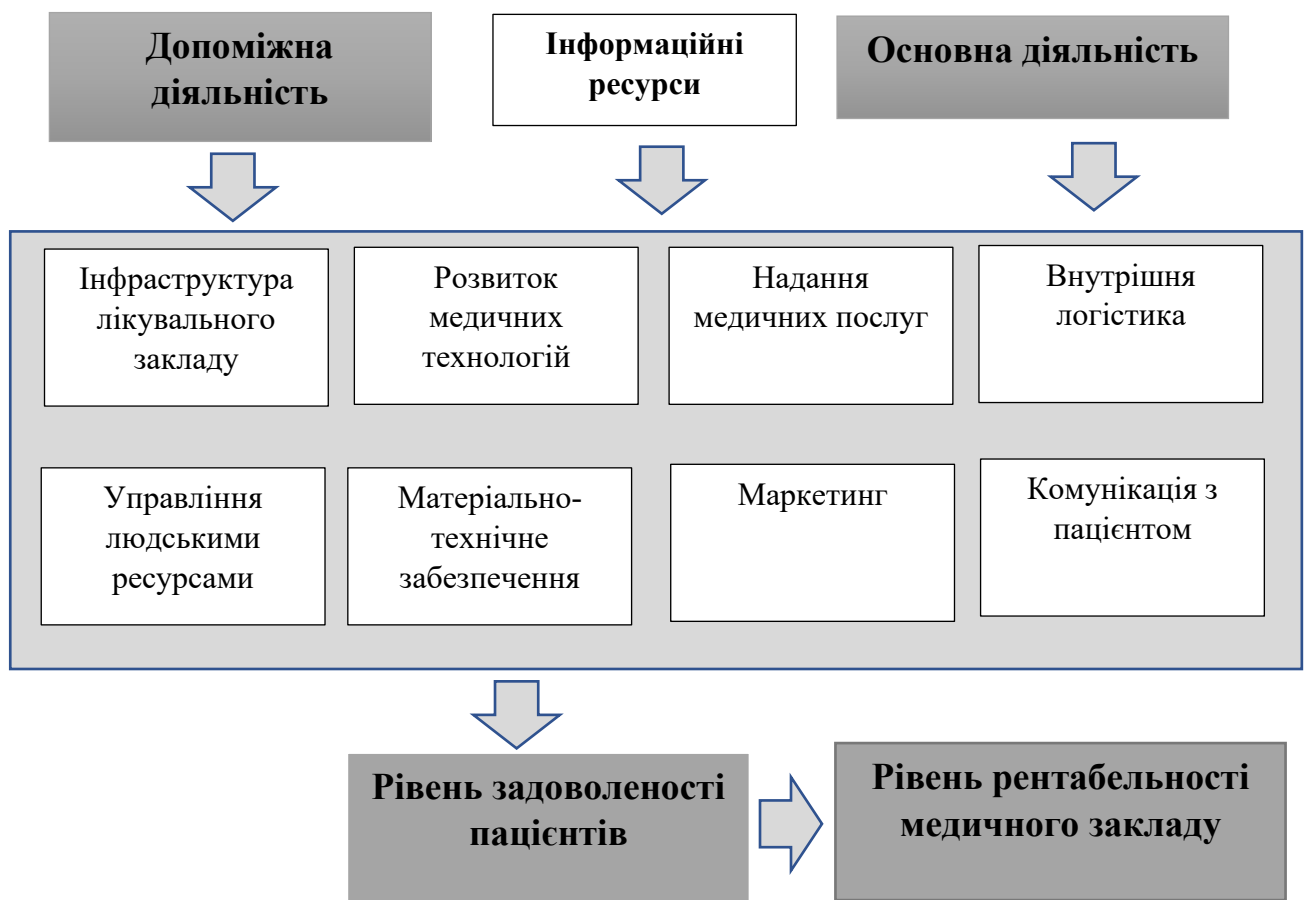


Рисунок 3.2 – Ланцюг формування цінності медичних послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

У цьому випадку на вході будуть розміщені ресурси, необхідні для надання послуг, а на виході – організаційний вплив на процес. Якщо ж аналізувати надання медичних послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня

реабілітації» з позиції процесного підходу, то на вході буде створена додана вартість, а на виході – витрати.

Для кращого розуміння формування системи надання медичних послуг в досліджуваній лікувальній установі та їх впливу на кінцевий результат лікування, який відображається у фінансових показниках, необхідно розглянути її складові за блоками(рис. 3.3).



Рисунок 3.3 – Схематичне представлення впливу якості надання медичних послуг на фінансові результати діяльності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» повинна здійснювати свою діяльність з урахуванням витрат на створення та підтримку належного рівня надання послуг. Основним елементом ефективності медичного закладу, зокрема економічної, є його потужність у сфері надання медичних послуг, причому її збільшення є доцільним без залучення додаткових інвестицій, а через пошук прихованих резервів та нових напрямків для вдосконалення. Загалом, збільшення потужностей надання медичних послуг забезпечує стійкі конкурентні переваги для КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Тому медичній установі варто зосередитися на цільовій діяльності, яка дозволить утримувати пацієнтів та збільшувати їх кількість.

Отже, оптимізація фінансування діяльності КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» включає розробку науково обґрунтованої методики розподілу фінансових ресурсів на впровадження інновацій, що забезпечують максимальний економічний ефект від їх реалізації, як по об'єктах, так і по роках, в межах доступних ресурсів. Як критерій оптимальності при складанні планів оновлення устаткування медичної установи на довгостроковий період пропонується мінімізація приведених затрат на надання послуг. Запропонована економіко-математична модель оптимізації оновлення устаткування дозволяє здійснювати ефективний розподіл фінансових ресурсів за окремими об'єктами застарілого устаткування, виробничими підрозділами і роками планового періоду, що відповідає максимуму економічного ефекту.

3.2 Шляхи покращення системи управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області

Для підвищення рівня обґрунтованості та актуальності практичних рекомендацій щодо вдосконалення процесу управління розвитком матеріально-фінансової бази КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» необхідно зосередитись не лише на вивченні кількісних тенденцій і особливостей поточного стану бізнес-процесів цієї медичної установи, але й на ідентифікації проблемних аспектів управління розвитком інших медичних закладів Тернопільської області за допомогою якісних методів економічного аналізу.

Оскільки якість управління системним розвитком медичних установ оцінюється через наявність чи відсутність проблемних аспектів у сфері менеджменту, а також через визначення основних перешкод для розвитку матеріально-фінансової бази лікарень, у дослідженні було застосовано

соціологічний підхід, зокрема експертне опитування. Таким чином, процес оцінки якості управління розвитком матеріально-фінансової бази закладів охорони здоров'я в нашій роботі здійснено шляхом анкетування керівників та управлінського персоналу медичних установ, яке проводилося із серпня по жовтень 2024 року у таких медичних установах:

- КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» (с. Більче-Золоте, Чортківського району, Тернопільської області);
- Борщівська центральна районна лікарня (м. Борщів);
- Центр сімейної медицини (сmt. Скала-Подільська Чортківського району, Тернопільської області);
- Борщівська міська лікарня (м. Борщів);
- Чортківська центральна районна лікарня (м. Чортків);
- Центр первинної медико-санітарної допомоги (м. Чортків);
- Білобожницька амбулаторія загальної практики сімейної медицини (с. Білобожниця, Чортківського району, Тернопільської області).

Загалом до експертного дослідження було залучено по 3 представники від кожної з медичних установ, які займають керівні посади або є провідними фахівцями. Таким чином, під час опитування було охоплено 21 особу.

З методологічної точки зору анкета включала 9 питань, відповіді на які в комплексі дозволили зібрати інформацію щодо таких аспектів:

- 1) стану та специфіки виконання основних функцій менеджменту в управлінні матеріально-фінансовими ресурсами медичних закладів;
- 2) ступеня пріоритетності управлінських принципів та цілей розвитку матеріально-фінансової основи медичних установ;
- 3) основних бар'єрів (перешкод) ефективного управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності закладів охорони здоров'я;
- 4) особливостей управлінської діяльності медичних закладів щодо здатності впроваджувати інновації в матеріально-фінансову сферу;
- 5) рівня якості управління окремими елементами розвитку матеріально-фінансової основи діяльності медичних установ.

Очевидно, що ефективне, своєчасне та збалансоване виконання управлінських функцій є основою підвищення результативності бізнес-процесів медичних установ і покращення якості управління. При цьому основною ознакою якісного управління є саме реалізація функції планування.

Результати опитування показують, що менеджери аналізованих медичних установ загалом не приділяли достатньої уваги аспектам планування. Зокрема, лише 14,3% респондентів вказали, що в процесі управління проводилось стратегічне планування діяльності медичного закладу. 42,9% експертів зазначили, що ця управлінська функція реалізовувалася частково, при цьому планування матеріально-фінансової основи охоплювало окремі елементи системного розвитку, а не підприємство в цілому. Понад 40% фахівців повідомили, що стратегічні плани у їхніх установах розробляються лише раз на 5 років або у разі нагальної потреби (рис. 3.4).

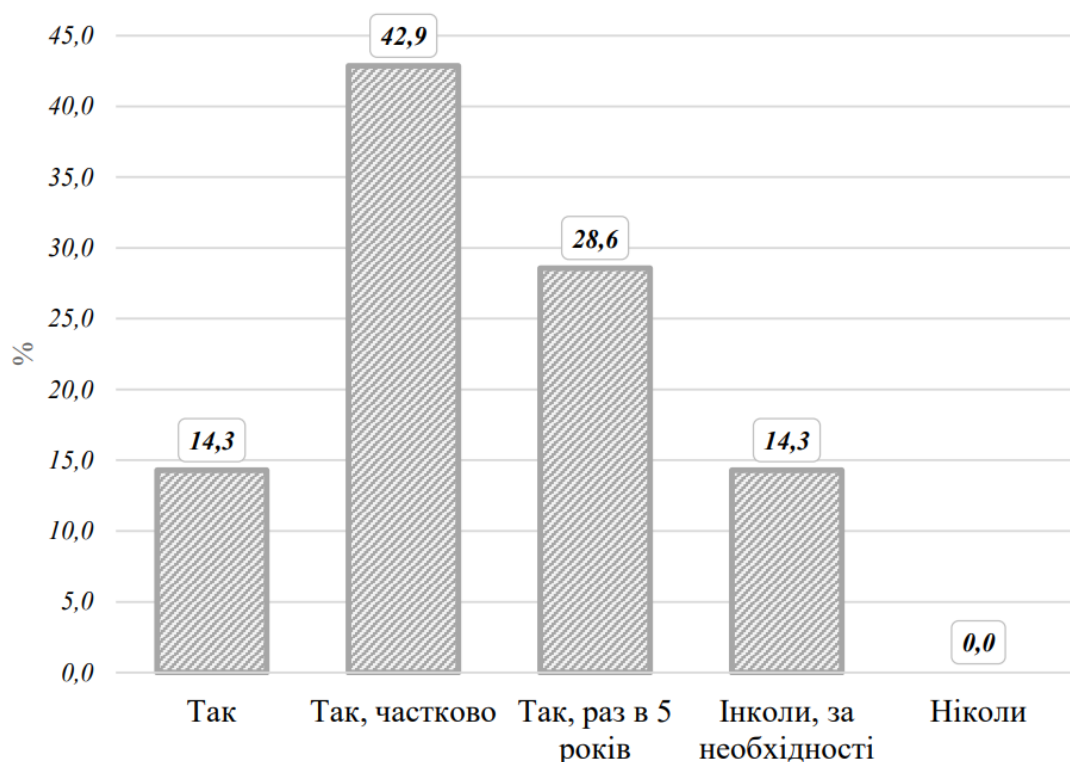


Рисунок 3.4 – Результати оцінювання стратегічного планування розвитку матеріально-фінансової основи діяльності досліджуваних закладів охорони здоров'я

Результати оцінки експертами реалізації функції планування в закладах охорони здоров'я (рис. 3.5) підтвердили гіпотезу про недостатнє використання потенціалу цієї функції управління для забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності.

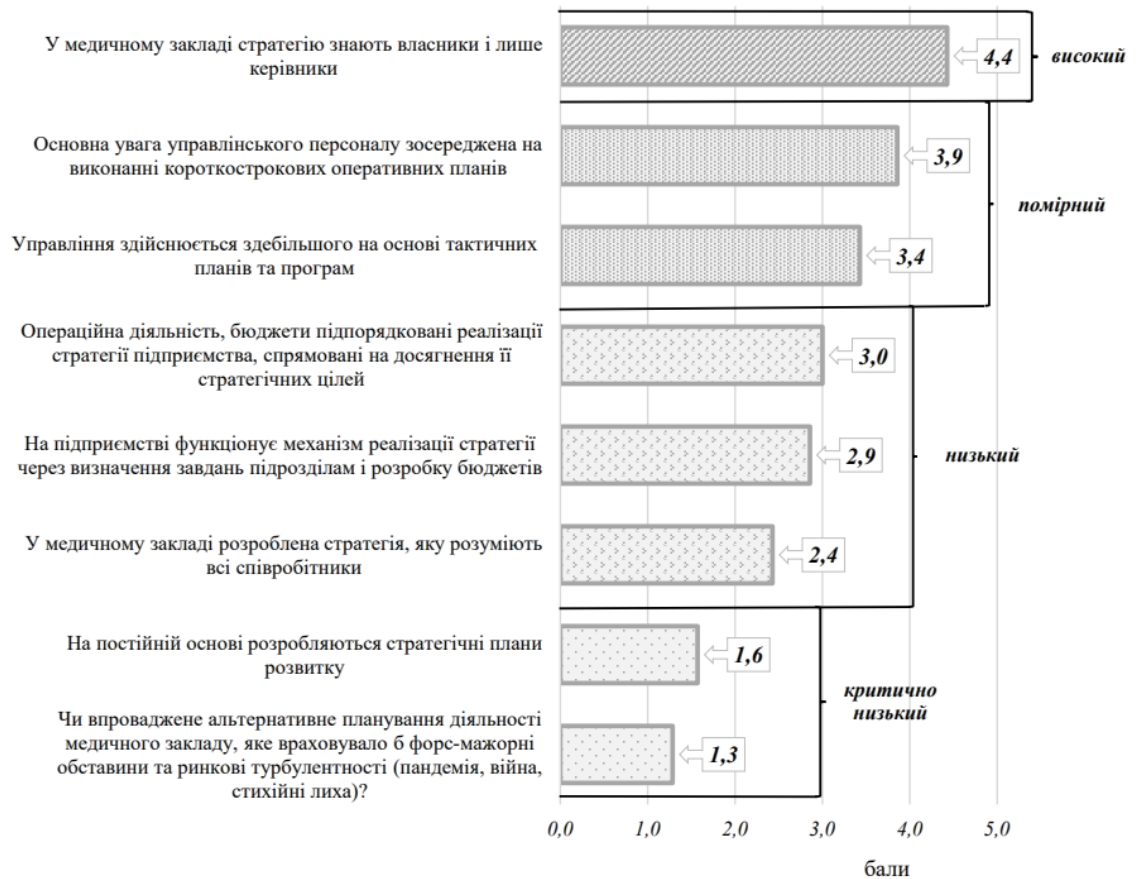


Рисунок 3.5 – Результати оцінювання реалізації функції планування у закладах охорони здоров'я

Примітка: 5 – найвища оцінка, 0 – найнижча .

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

До проблемних аспектів можна віднести відсутність альтернативного планування, яке мало б на меті врахування форс-мажорних ситуацій і ринкових коливань (пандемія, війна, стихійні лиха). Стратегічні плани в досліджуваних медичних закладах, як правило, розробляються нерегулярно. Крім того, інформація про стратегічні орієнтири розвитку матеріально-фінансової основи доступна лише керівникам вищого рівня.

Таким чином, низький рівень обізнаності працівників щодо планів та перспектив розвитку досліджуваних медичних закладів свідчить про недостатній рівень розвитку корпоративної культури та соціально-психологічної довіри працівників до управлінських рішень керівництва.

У результаті, управлінський персонал зосереджує основну увагу на виконанні короткострокових оперативних та тактичних планів, в той час як стратегічні аспекти розвитку медичних установ залишаються менш пріоритетними для топ-менеджерів. Експерти також зазначили, що механізм реалізації стратегії розвитку медичних закладів не був достатньо налагоджений, зокрема щодо визначення та делегування завдань окремим структурним підрозділам, що, очевидно, пов'язано з проблемами в організації управлінського процесу.

За експертними оцінками, найбільш поширеними типами організаційних структур управління в досліджуваних медичних закладах є лінійно-функціональна (42,9%) та функціональна (28,6%) структури (рис. 3.6), які, з практичної точки зору, найбільше відповідають галузевій специфіці бізнес-процесів у сфері охорони здоров'я.

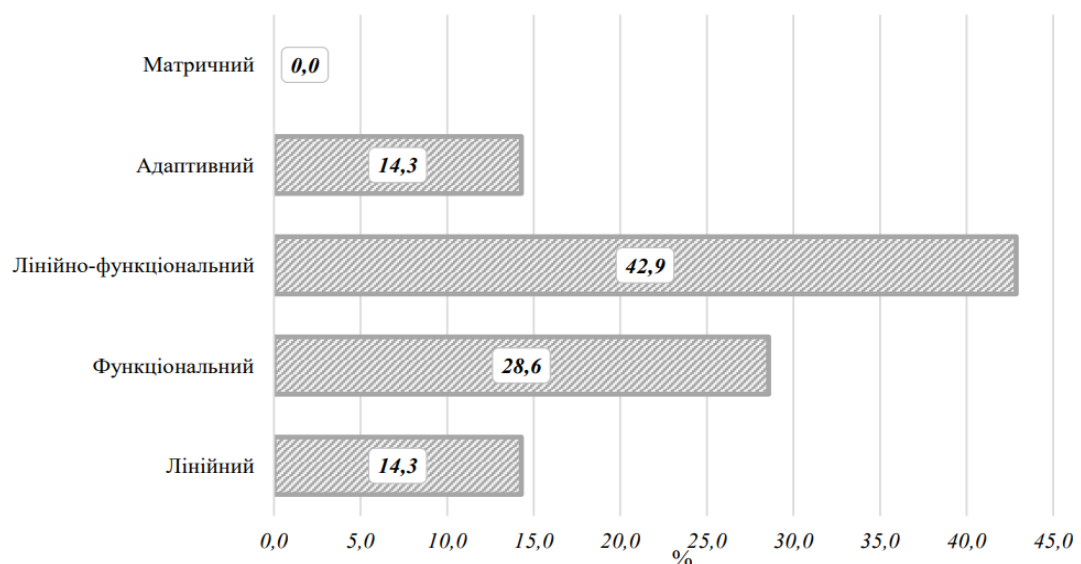


Рисунок 3.6 – Результати оцінювання організаційної структури закладів охорони здоров'я

Примітка: лише 1 варіант відповіді.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

Тип організаційної структури визначає обов'язки та форму взаємодії між керівництвом і працівниками медичного закладу, в той час як реальна ефективність управління залежить від організаційної спроможності закладу забезпечувати виконання завдань і досягнення стратегічних цілей системного розвитку. У досліджуваних медичних закладах рівні впровадження організаційно-управлінських інновацій та реалізації проєктів з трансферу управлінського досвіду залишалися критично низькими та незадовільними. Це є особливо важливим у контексті зростання значення інноваційно-креативних підходів в організації управлінських процесів, що надає цьому аспекту додаткової ваги та актуальності. Ефективна організаційна система управління бізнес-процесами становить основу системного розвитку медичних закладів, і в практичному сенсі забезпечується через належну реалізацію функції мотивації.

Висновки щодо стану та тенденцій розвитку матеріально-фінансової основи діяльності суб'єктів охорони здоров'я та ефективності управлінської системи формуються на основі реалізації функцій аналізу і контролю. Належне виконання цих функцій дозволяє отримати інформацію про досягнення планових темпів системного розвитку як в цілому, так і в розрізі ключових компонентів, виявляти проблеми на ранніх стадіях та мінімізувати негативні наслідки їх впливу через комплекс заходів для нормалізації та покращення господарських процесів у медичних установах. Оцінка експертами рівня реалізації функції контролю в медичних закладах показала, що менеджери, здійснюючи професійну діагностику та контроль за господарською діяльністю, переважно зосереджуються на виявленні та регулюванні фінансово-економічних проблем (рис. 3.7).

Зокрема, 85,7% опитаних фахівців погодилися з тим, що в їхніх медичних закладах функція контролю зосереджена переважно на фінансово-економічних аспектах і здійснюється через фінансову звітність, яка становить 35,3% від загальної кількості відповідей.

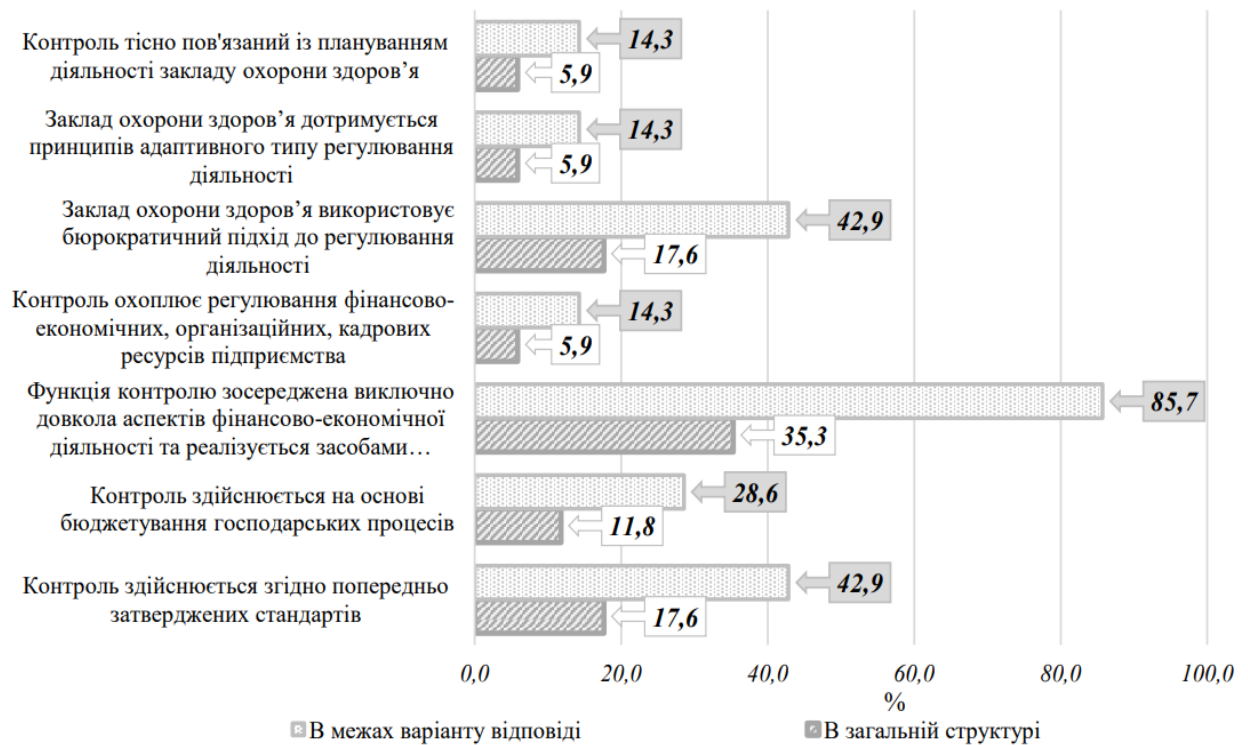


Рисунок 3.7 – Результати оцінювання реалізації функції контролю у закладах охорони здоров'я

Примітка: до 3 варіантів відповідей.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

Водночас до негативних тенденцій можна віднести те, що 42,9% управлінського персоналу дотримується підходів, за яких регулювання бізнес-процесів здійснюється за стандартним процедурно-процесним алгоритмом, не враховуючи зміни у зовнішньому середовищі. Натомість лише 14,3% медичних закладів застосовують адаптивні методи регулювання бізнес-процесів у своєму управлінні.

У той же час управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності закладів охорони здоров'я за методологічним підходом змінюється в залежності від рівня збалансованості основних принципів менеджменту, які визначають базові положення та правила дій, основні норми, згідно з якими повинна працювати система управління розвитком медичного підприємства. На основі проведеного оцінювання була зроблена спроба визначити ключові принципи розвитку закладів охорони здоров'я (рис. 3.8).

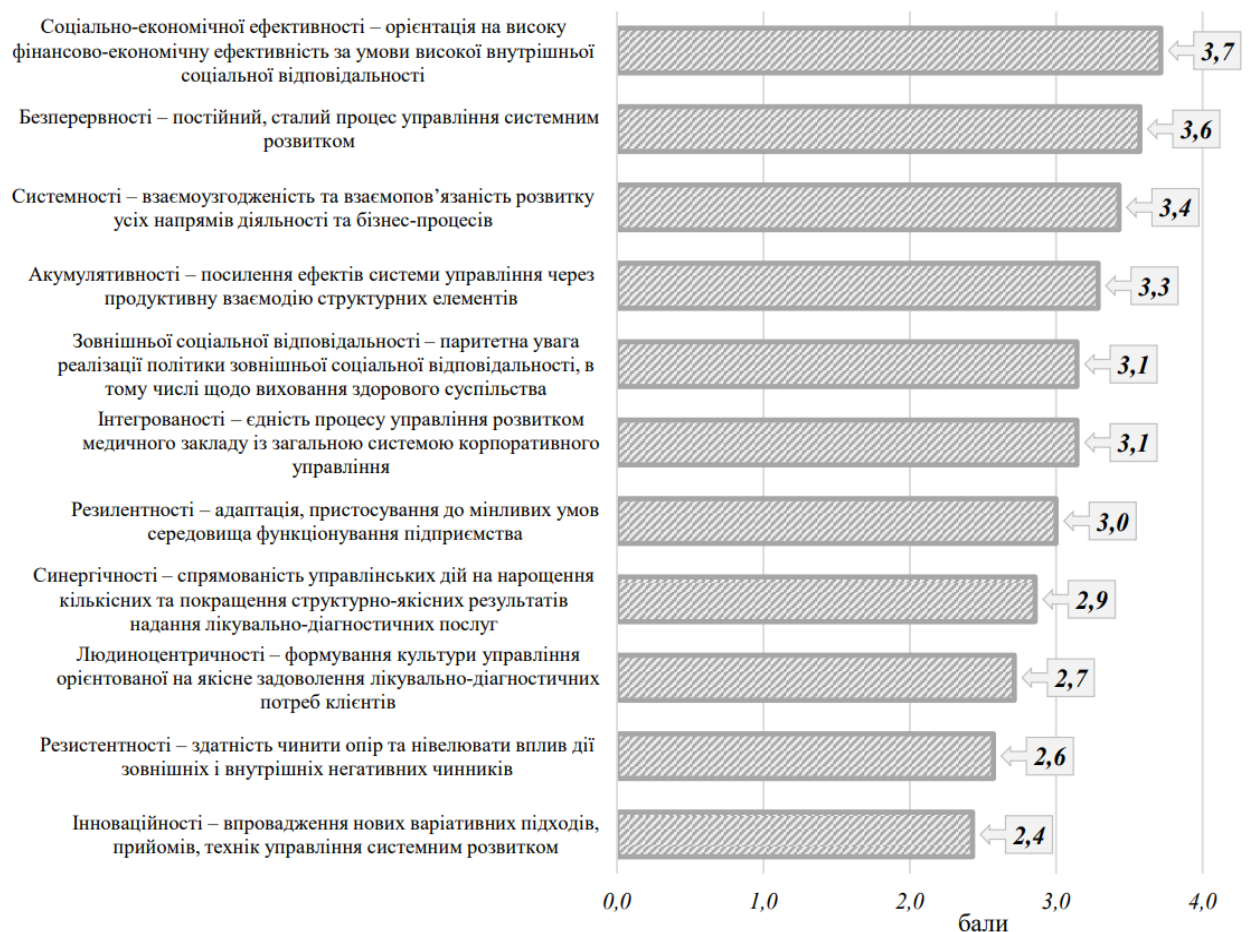


Рисунок 3.8 – Рівень пріоритетності принципів управління у закладах охорони здоров'я

Примітка: 5 – найвища оцінка, 0 – найнижча.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

Отже, згідно з думкою експертів, до найважливіших закономірностей належать принципи соціально-економічної ефективності, безперервності системності, акумулятивності, зовнішньої соціальної відповідальності та інтегрованості, які в результаті анкетування отримали середні бали від 3,1 до 3,7. Водночас меншою пріоритетністю характеризувалися принципи резилентності, синергічності, людиноцентричності, резистентності та інноваційності.

Принципи управління становлять лише методологічну основу для уточнення конкретних цілей та завдань управління розвитком матеріально-фінансової бази діяльності медичних установ. Оскільки поняття розвитку має багатогранний характер, керівництво медичного закладу під час здійснення

господарської діяльності затверджує стратегії розвитку, в яких визначає власну ієрархію цілей і завдань зростання, а також окреслює шляхи їх досягнення.

Результати оцінки пріоритетності управлінських завдань розвитку матеріально-фінансової основи діяльності медичних установ (рис. 3.9) підтвердили припущення, що основна мета функціонування закладів охорони здоров'я з точки зору керівників полягає переважно в збільшенні дохідності, прибутковості та рентабельності, іншими словами – в кількісному зростанні обсягів господарської діяльності, зміцненні фінансової стійкості, ліквідності та платоспроможності, а також залученні висококваліфікованих кадрів. В результаті опитування ці цілі отримали середню оцінку вище 4 балів.

Проте порівняно низька увага управлінського персоналу приділяється питанням розробки стратегічних планів, програм, концепцій розвитку матеріально-фінансової основи діяльності підприємств, проведенню рекламних та просвітницьких заходів, спрямованих на підвищення впізнаваності діяльності медичних установ та їх соціальної відповідальності, розвитку та вдосконаленню технологічної інфраструктури, здійсненню маркетингових досліджень для освоєння нових ринкових сегментів і пошуку нових споживачів, а також формуванню та наповненню інформаційних клієнтських баз.

За результатами опитування керівників та експертів медичних установ нам вдалося визначити основні перешкоди для належного управління розвитком матеріально-фінансової бази підприємств медичного сектора (рис. 3.10). Серед таких перешкод більше двох третин та понад половина респондентів зазначили високий рівень плинності топ-менеджерів та відсутність активної кадрової стратегії, спрямованої на підвищення кваліфікації та розвиток персоналу (у загальній структурі відповідей ці варіанти набрали 23,8 % та 19 % відповідно). Деструктивний вплив на якість управлінських процесів також здійснюють такі проблеми, як низький рівень цифрової трансформації бізнес-процесів і технологічної модернізації

медичних установ, а також брак гнучких механізмів управління бізнес-процесами.

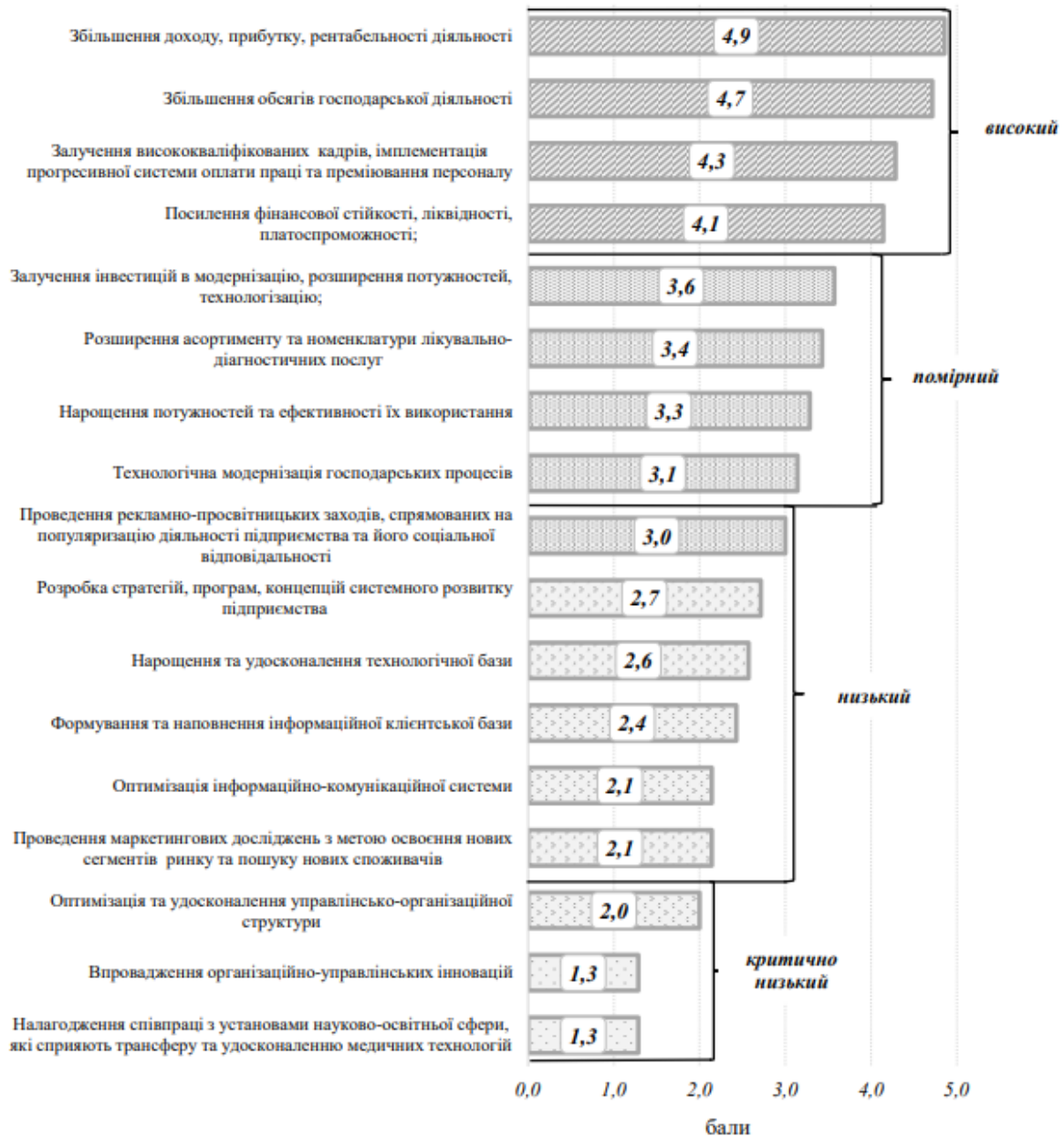


Рисунок 3.9 – Результати оцінювання пріоритетності управлінських цілей системного розвитку закладів охорони здоров'я

Примітка: 5 – найвища оцінка, 0 – найнижча.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

Результати оцінки рівня здатності медичних установ здійснювати впровадження інновацій у матеріально-фінансову діяльність показали, що найвища здатність до реалізації нововведень існує в організаційному аспекті –

3,4 бали, тоді як інтелектуально-кадровий та особливо фінансовий компоненти мають порівняно низьку здатність до впровадження інновацій.

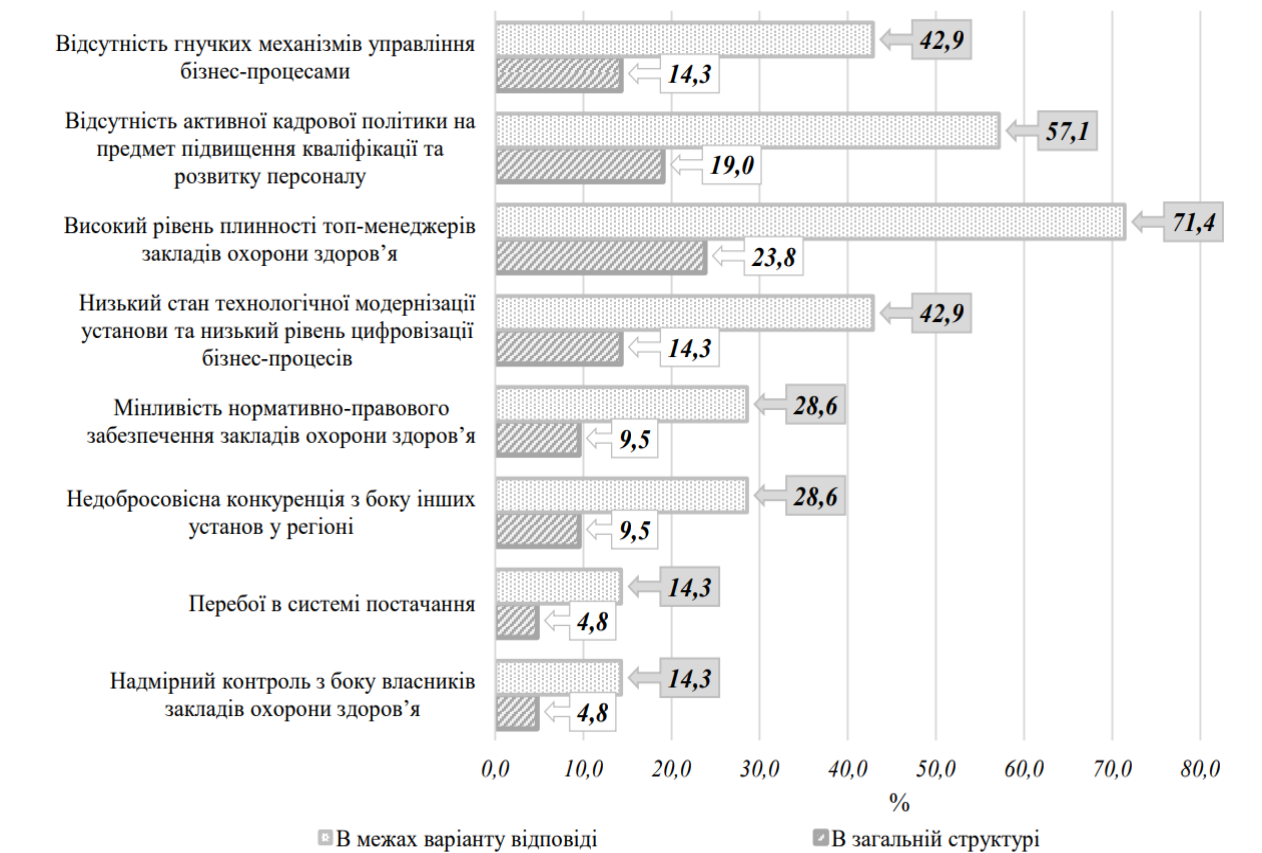


Рисунок 3.10 – Результати оцінювання ключових бар'єрів (перешкод) ефективного управління закладами охорони здоров'я

Примітка: до 3 варіантів відповідей.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

З одного боку, висока плинність топ-менеджерів та висококваліфікованого медичного персоналу негативно впливає на якість матеріально-фінансового потенціалу, що, у свою чергу, знижує здатність впроваджувати нові управлінські підходи до регулювання бізнес-процесів. З іншого боку, недостатній рівень рентабельності медичних установ забезпечує лише покриття поточних потреб медичних підприємств (рис. 3.11).

У структурному аналізі рівень якості управління розвитком матеріально-фінансової бази діяльності медичних установ визначається залежно від ефективності, доцільності та своєчасності прийняття управлінських рішень і

впровадження заходів, орієнтованих на регулювання бізнес-процесів у контексті основних компонентів розвитку матеріально-фінансової інфраструктури підприємств (рис. 3.12).

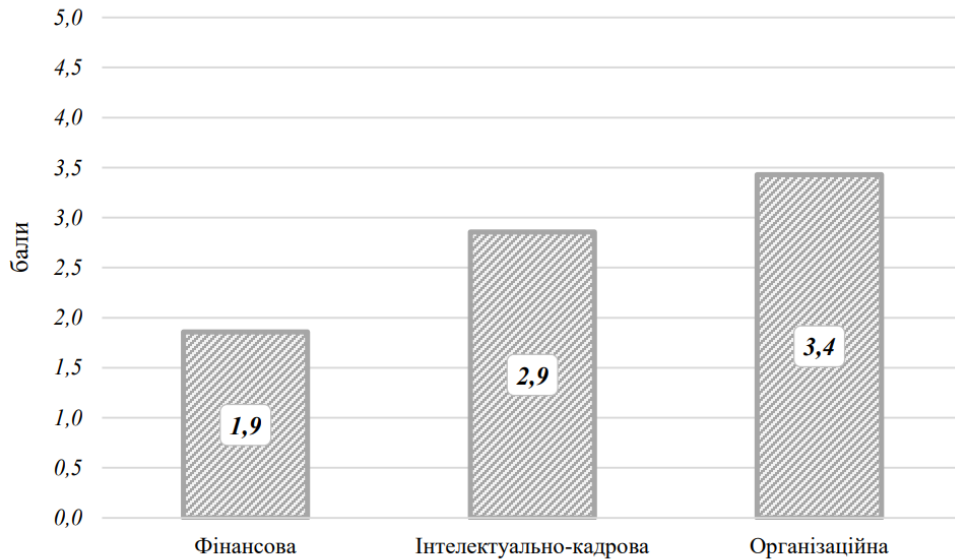


Рисунок 3.11 – Результати оцінювання спроможності здійснювати дифузію (імплементацию) інновацій у господарську діяльність закладів охорони здоров'я

Примітка: 5 – найвища оцінка, 0 – найнижча.

Результати експертного опитування дозволяють зробити висновок, що управління бізнес-процесами виробничо-господарського напрямку в медичних установах здійснюється на відносно високому рівні з найбільшим ступенем пріоритетності, тоді як до проблемних аспектів з незадовільним рівнем управління відносяться інформаційно-маркетингова та інноваційно-інвестиційна діяльність, які за підсумковою оцінкою отримали лише 2,1 бали та 2,3 бали відповідно.

Загалом рівень якості управління розвитком матеріально-фінансової бази діяльності досліджуваних медичних установ можна оцінити як задовільний, але такий, що вимагає реформування, зокрема через підвищення показників майже всіх його компонентів.

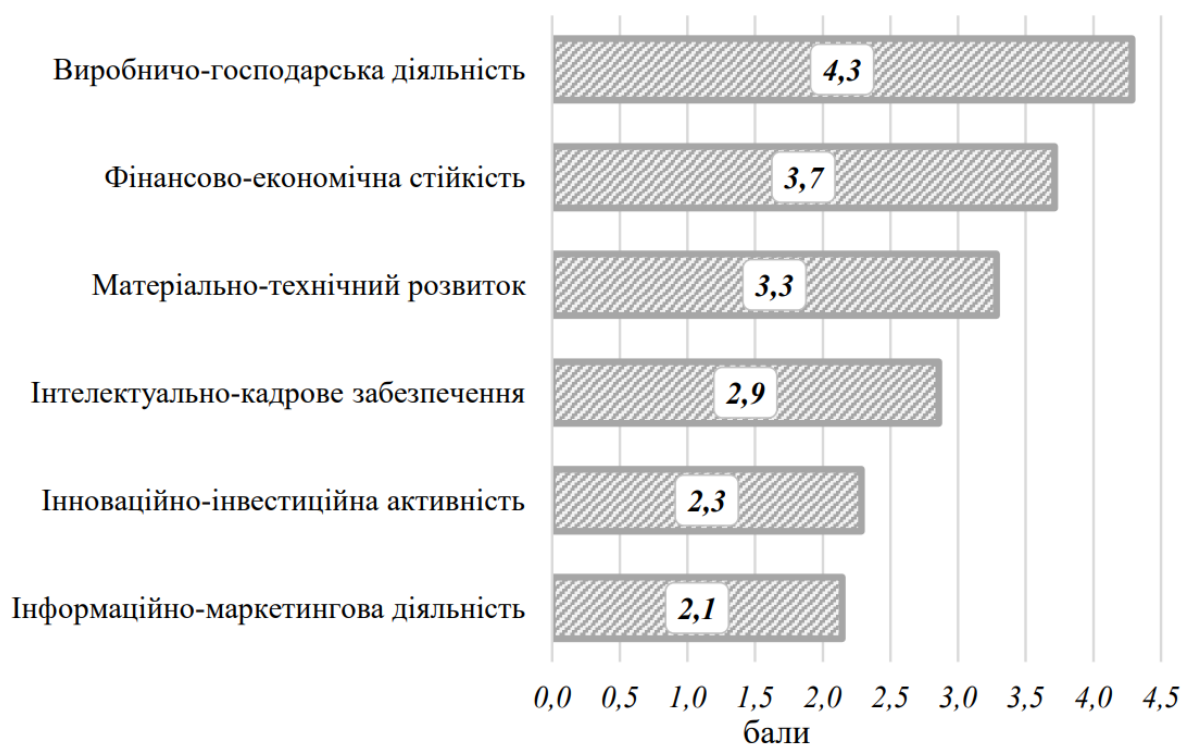


Рисунок 3.12 – Результати оцінювання якості управління складовими матеріально-фінансового розвитку закладу охорони здоров'я

Примітка: 5 – найвища оцінка, 0 – найнижча.

Джерело: складено за результатами експертного опитування.

Однією з умов трансформації існуючої системи менеджменту в медичних закладах є формування та вдосконалення основ стратегічного управління розвитком матеріально-фінансової інфраструктури через розробку адаптивних механізмів і впровадження комплексу заходів, які сприятимуть покращенню роботи медичних установ.

3.3 Прогнозування перспектив упровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»

Одним із додаткових джерел фінансування КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» є надання платних послуг, які медичний заклад може надавати відповідно до статей 77, 78 Господарського кодексу України та статей 3, 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону

здоров'я». Проте перед тим, як розпочати розрахунок вартості таких послуг, необхідно визначити сам перелік платних послуг.

Це можуть бути як послуги, що входять до пакетів НСЗУ, але надаються пацієнтам, які не мають декларації з сімейним лікарем або електронного направлення, так і інші послуги, які медичний заклад може надавати відповідно до своїх функціональних обов'язків. Орієнтовний перелік платних медичних послуг для КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» може включати такі категорії:

1. Консультації фахівців:

- первинна консультація лікаря-реабілітолога;
- консультація терапевта, кардіолога, невролога або інших вузькопрофільних спеціалістів;
- повторна консультація за результатами лікування.

2. Фізіотерапевтичні послуги:

- електрофорез;
- ультразвукова терапія;
- лазеротерапія;
- магнітотерапія;
- УВЧ-терапія;
- дарсонвалізація;
- курс ЛФК (лікувальна фізкультура).

3. Послуги з масажу та мануальної терапії:

- лікувальний масаж (загальний/локальний);
- рефлексотерапія;
- лімфодренажний масаж.

4. Діагностичні послуги:

- УЗД (ультразвукове дослідження органів і систем);
- ЕКГ (електрокардіографія);
- спірографія;

- лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімія, аналіз сечі тощо).

5. Водні процедури та гідротерапія:

- перлинні ванни;
- хвойні або соляні ванни;
- гідромасаж.

6. Послуги психологічної підтримки:

- консультації психолога;
- сеанси психотерапії;
- корекційні програми для пацієнтів з емоційними розладами.

7. Стаціонарні послуги:

- добове перебування у стаціонарі з медичним наглядом;
- реабілітація після операцій або травм (індивідуальні програми);
- харчування (дієтичне меню за показаннями).

8. Реабілітаційні програми:

- реабілітація після інсультів та травм;
- відновлення після ортопедичних або неврологічних захворювань;
- комплексні програми для пацієнтів з хронічними болями.

9. Інші послуги:

- оформлення медичної документації (довідки, медичні висновки);
- освітні курси для пацієнтів щодо ведення здорового способу життя.

Після визначення переліку платних послуг можна розпочати розрахунки. Однак, оскільки на законодавчому рівні не існує чітко встановленої єдиної методики для розрахунку тарифів, можна скористатися електронним інструментом Pay&Care 3.0, розробленим експертами проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» для всіх постачальників медичних послуг як первинної, так і спеціалізованої. Цей інструмент дозволяє автоматично обчислювати тарифи на платні послуги закладу залежно від внесених вхідних даних щодо персоналу, обладнання, лікарських засобів,

витратних матеріалів тощо, а також автоматично генерує аналітичні таблиці з розрахунками для кожної послуги та графічно відображає результати. У Pay&Care 3.0 передбачена можливість розрахунку тарифів для понад 400 платних послуг у межах 24 груп відповідно до діючого законодавства.

Впровадження платних послуг передбачає таку послідовність дій з боку КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації»:

1. Підготовчий етап:

- провести аналіз кількості виконаних послуг (кожного виду аналізів, ЕКГ, спірографій, звернень до лікарів тощо) за попередній певний період (півріччя, рік);
- визначити частку цих послуг у загальній кількості наданих послуг медичним закладом;
- здійснити аналіз річного фонду оплати праці з окремим виділенням витрат на заробітну плату медичного, допоміжного та адміністративно-управлінського персоналу;
- визначити, який медичний персонал буде залучений до надання платних медичних/немедичних послуг;
- зібрати дані про заробітну плату працівників, що будуть залучені до надання платних медичних/немедичних послуг;
- провести хронометраж робочого часу для визначення тривалості надання кожної послуги;
- скласти список витратних матеріалів та лікарських засобів, необхідних для надання платних медичних/немедичних послуг (найменування, кількість, вартість);
- скласти перелік обладнання, яке використовується для надання платних медичних/немедичних послуг (найменування, залишкова вартість за даними бухгалтерії, річна кількість усіх послуг, що надаються/можуть надаватися з використанням цього обладнання, очікуваний строк експлуатації відповідного медичного обладнання);

- зібрати інформацію про експлуатаційні витрати за відповідний період: витрати на електропостачання, теплопостачання, водопостачання та водовідведення, природний газ, телекомунікаційні послуги, утилізацію відходів, вивезення сміття, дератизацію та дезінфекцію, технічне обслуговування, а також інші витрати (за потребою);

- зібрати дані про витрати на транспортні засоби, зокрема очікуваний термін експлуатації, залишкову вартість, річні витрати на пальне, страхування, технічне обслуговування та інші поточні річні витрати;

- зібрати інформацію про витрати на немедичне обладнання (наприклад, комп'ютерну техніку): очікуваний термін служби, залишкову вартість, витрати на заправку картриджів та інші витратні матеріали.

2. Робота з Pay&Care 3.0:

- заповнити всі розділи згідно з інструкцією;
- вказати норму рентабельності, що затверджується власником відповідно до статті 13 Закону України «Про ціни та ціноутворення». На сьогодні граничний норматив рентабельності для закладів охорони здоров'я на загальнонаціональному рівні не визначено.

3. Впровадження:

- затвердити розміри тарифів;
- опублікувати їх на офіційному вебсайті, а також на інформаційному стенді в місці надання послуг.

Спрогнозуємо потенційні зміни в обсягах доходів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» після впровадження ряду платних послуг. Для цього застосуємо метод екстраполяції тренду.

Метод екстраполяції тренду використовується для прогнозування майбутніх значень на основі наявного тренду в даних часового ряду. Екстраполяція тренду ґрунтується на припущенні, що поточний тренд у часовому ряді продовжуватиметься в майбутньому. Це може бути як позитивний, так і негативний тренд, визначений за допомогою різних методів, таких як лінійна регресія або ковзаючі середні.

Метод екстраполяції тренду має кілька переваг, які роблять його ефективним інструментом для прогнозування. По-перше, він дає змогу створювати прогнози на основі наявних історичних даних, що зменшує залежність від суб'єктивних оцінок. Цей метод є зручним для аналізу стабільних тенденцій, коли в минулому спостерігалася закономірність, яка, ймовірно, збережеться в майбутньому.

Для побудови лінії тренду використаємо числові дані доходу без ПДВ, які мали місце у 2015-2024 роках (табл. 3.1, рис. 3.13, табл. 3.2). Виходимо із припущення про те, що платні послуги впроваджуватимуться поступово і тренд щодо їх нарощування зберігатиметься у наступні роки.

Таблиця 3.1 – Аналітичні дані щодо обсягів доходу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» у динаміці 2015-2024 років

Період t	Роки	Дохід без ПДВ, Y_t , тис. грн.	Розрахункові значення функції у за моделлю прогнозу $Y = 3024,9t + 12295$, тис. грн.	Абсолютне відхилення (абсолютна похибка прогнозу), тис. грн.
1	2015	15462,3	15319,9	142,4
2	2016	19236,5	18344,8	891,7
3	2017	21365,7	21369,7	-4,0
4	2018	24136,2	24394,6	-258,4
5	2019	27456,3	27419,5	36,8
6	2020	30154,2	30444,4	-290,2
7	2021	32156,4	33469,3	-1312,9
8	2022	34271,1	36494,2	-2223,1
9	2023	42047,3	39519,1	2528,2
10	2024 (9 місяців)	43034,5	42544,0	490,5
Сума		289320,5	289319,5	1,0

Отже, можемо зазначити, що зростання обсягу наданих платних послуг позитивно вплине на фінансово-матеріальну основу медичного закладу з кількох причин. По-перше, це сприятиме збільшенню доходів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації», які можуть бути спрямовані на покриття

операційних витрат, таких як оплата праці персоналу, закупівля медикаментів та оновлення обладнання. Завдяки цьому заклад отримає можливість стабільно функціонувати без значної залежності від бюджетного фінансування.

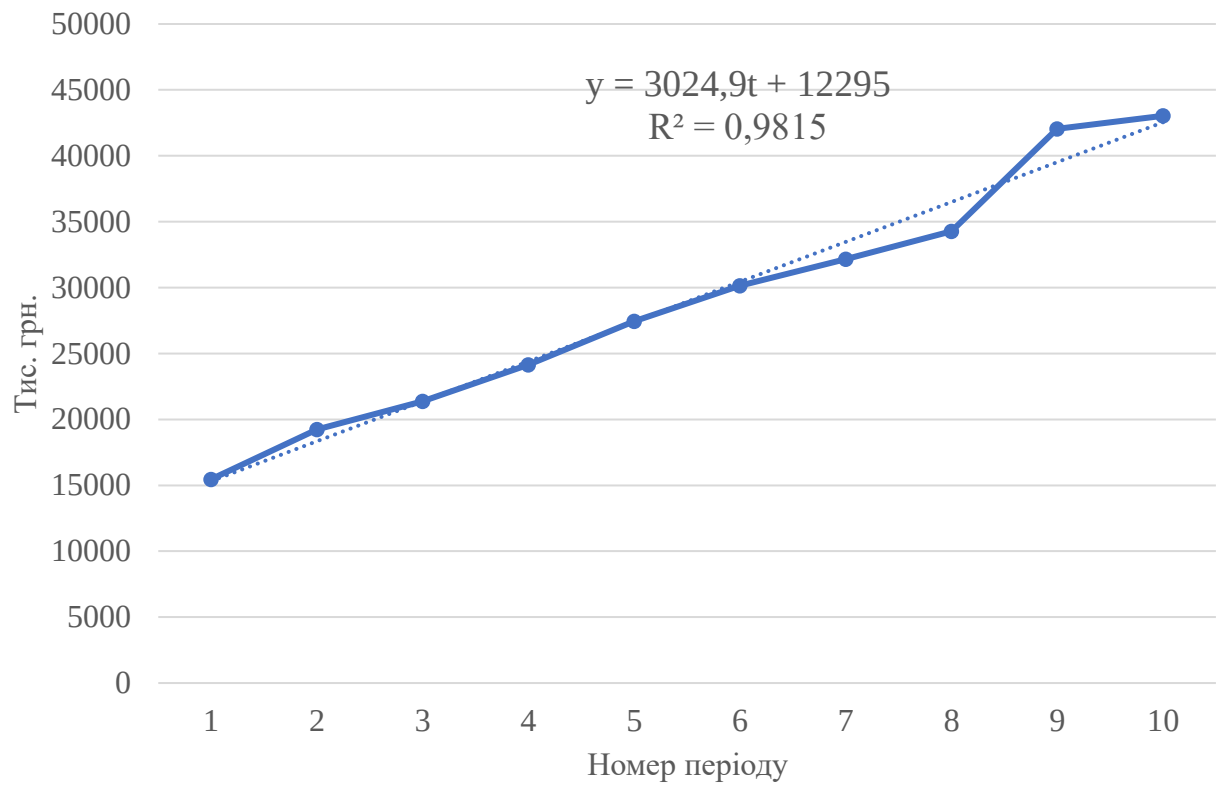


Рисунок 3.13 – Результати побудови лінії тренду та визначення моделі прогнозу

Таблиця 3.2 – Прогноз обсягу додаткового доходу КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації» на 2025-2027 роки

Період t	Роки	Розрахункові значення функції y за моделлю прогнозу $Y = 3024,9t + 12295$, тис. грн.
11	2025	45568,9
12	2026	48593,8
13	2027	51618,7

По-друге, додаткові фінансові ресурси дозволять інвестувати в модернізацію матеріально-технічної бази. Наприклад, можна закупити сучасне обладнання, поліпшити умови в стаціонарі чи реабілітаційних відділеннях, що підвищує якість послуг і приваблює більше пацієнтів. По-третє, зростання доходів сприятиме створенню резервного фонду, який може бути використаний у разі непередбачених витрат або економічних труднощів. Це зміцнить фінансову стабільність і забезпечує безперервність надання медичних послуг КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Крім того, покращення фінансової ситуації мотивуватиме персонал, оскільки заклад може підвищувати заробітну плату, впроваджувати премії або забезпечувати соціальні пакети. Це сприятиме збереженню кваліфікованих кадрів і зменшить плинність персоналу. Отже, зростання обсягу платних послуг створить умови для фінансової самостійності медичного закладу, підвищить його конкурентоспроможність і сприятиме довгостроковому розвитку.

Отже, у третьому розділі кваліфікаційної роботи магістра запропоновано проектні рішення щодо удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. У роботі досліджено процеси оптимізації витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу, висвітлено особливості управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області, здійснено прогнозування перспектив упровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1 Дослідження системи охорони праці на КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради

Стан охорони праці, рівень виробничого травматизму та професійної захворюваності працівників системи охорони здоров'я є серйозною соціально-економічною проблемою галузі, яка безпосередньо впливає на надання медичної допомоги. На працівників закладів охорони здоров'я впливають ті ж фактори, що й у будь-якій іншій галузі. Однак на медичний персонал більше, ніж у інших галузях, впливають особливості професійної діяльності [30].

Працю медичних працівників складно порівнювати з іншою працею. Медики мають надзвичайно велике емоційне навантаження, несуть відповідальність за життя та здоров'я інших людей, ця професія вимагає швидкого прийняття рішень, самодисципліни, уміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах. Часто лікувально-діагностичні, реанімаційні заходи, оперативні втручання проводяться в нічний час, що робить працю медичного персоналу надзвичайно важким.

Науково-технічний прогрес призвів до покращення технічної оснащеності лікувальних установ, впровадження більш досконалого обладнання, інструментарію, застосування нових лікарських препаратів та освоєння нових методів діагностики та лікування, а це ставить перед медициною нові проблеми, які потребують якнайшвидшого вирішення.

Деякі групи медичних працівників у процесі професійної діяльності можуть зазнавати впливу багатьох факторів, небезпечних для здоров'я. Серед фізичних факторів, які можуть суттєво вплинути на стан здоров'я медичного персоналу, одне з найважливіших місць посідає іонізуюче випромінювання. У

нашій країні тисячі медичних працівників професійно пов'язані з впливом цього фактору [31].

Нині є законодавчі документи, в яких встановлені дози та рівні іонізуючих випромінювань, безпечні для здоров'я працівників. Однак останнім часом у діагностичних та лікувальних маніпуляціях під контролем рентгеновського випромінювання поряд з рентгенологами беруть участь хірурги, анестезіологи, травматологи, реаніматологи та середній медичний персонал. Рівні опромінення на робочих місцях цих фахівців, а також дози рентгеновського випромінювання, отримані ними, в окремих випадках перевищують дози, одержувані рентгенологами.

Велике поширення в медицині набули прилади та обладнання, які генерують неіонізуюче випромінювання та ультразвук. Вони широко застосовуються у фізіотерапевтичній практиці, хірургії та офтальмології при використанні лазерів, у процесі ультразвукової діагностики у пацієнтів хірургічних, гінекологічних та акушерських відділень.

Шум як професійно значущий чинник досить рідко зустрічається у роботі медичного персоналу. Виняток становить персонал стоматологічних установ.

Праця багатьох медичних працівників пов'язана з напруженням зору, тому дотримання вимог до освітлення робочих приміщень та робочих місць персоналу є важливим елементом раціональної організації праці. Співвідношення загального та місцевого освітлення відіграє велику роль у попередженні втоми та виключення розладів зору, пов'язаних з надміру яскравим світлом.

Важливе значення для стану здоров'я медичних працівників має координування положення тулуба, голови, рук, ніг щодо знарядь та предметів праці, тобто робоча поза. Хоча більшість працівників охорони здоров'я, в основному, на робочих місцях знаходяться в положенні стоячи і сидячи, окремі елементи діяльності вимагають вимушених поз у вигляді нахилів та згинання тулуба. Так у вимушеній позі здійснюють лікувально-діагностичний

процес стоматологи та оториноларингологи, оперуючі хірурги, акушери-гінекологи, реаніматологи, лікарі палат інтенсивної терапії.

Контакт персоналу з потенційно небезпечними хімічними речовинами, що використовуються в установах охорони здоров'я, може також становити небезпеку для здоров'я. Серед цих речовин найбільш важливу роль відіграють інгаляційні анестетики, які можуть бути присутніми на повітрі не тільки операційних, але і реанімаційних палат, пологових залів та кабінетів хірургічної стоматології.

Нарешті, до шкідливих факторів медичної професії можна віднести і можливість нещасних випадків при нападі психічно хворих, пацієнтів наркологічних стаціонарів. Бувають нещасні випадки внаслідок падіння в операційній та лікарняних палатах. Очевидно, що контакт медичного персоналу із зазначеними професійними факторами відбивається на здоров'ї та впливає на стан основних фізіологічних функцій організму [30].

Однією з особливостей професійної діяльності медичних працівників багатьох спеціальностей є контакт із інфікованими пацієнтами. Так, туберкульоз як захворювання, характерне для медичних працівників протитуберкульозних закладів, діагностується досить часто.

Важливою стороною охорони праці в охороні здоров'я залишаються умови праці жінок, які становлять близько 80% працівників галузі. Праця жінок у низці медичних професій може призвести до порушень менструального циклу, також, впливаючи на перебіг вагітності, викликають зміну репродуктивної функції та подальшого порушення здоров'я народжених дітей. Працівники охорони здоров'я складають специфічну професійну групу, яка потребує постійного вдосконалення заходів щодо охорони праці – щодо зовнішньої середовища, робочих місць та профілактики порушень здоров'я персоналу. Відповідно до Закону України «Про охорону праці» роботодавець зобов'язаний забезпечувати безпечні умови праці кожному зі своїх працівників. Але і працівники не повинні залишатися осторонь. Вони в процесі здійснення трудової діяльності, по-перше, зобов'язані піклуватися не тільки

про особисту безпеку та здоров'я, а й про безпеку та здоров'я оточуючих, по-друге, знати та виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, правила поводження із засобами виробництва та багато іншого.

Охорона праці та пов'язані з нею відносини регулюються:

1. Численними національними законодавчо-правовими актами, головними з яких, безумовно, є Кодекс Законів про працю України (КЗпП) [32] та Закон «Про охорону праці» (№ 2694) [4];

2. Рекомендаціями та конвенціями МОП з безпеки та гігієни праці, учасницею яких є Україна.

Відповідно до ст. 1 Закону №2694 охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження життя, здоров'я та працездатності людини в процесі трудової діяльності. Нагадаємо, що дія Закону № 2694 поширюється на всіх юридичних та фізичних осіб, які відповідно до законодавства використовують найману працю (далі - роботодавець), та на всіх працюючих.

В Україні існує ціла система нормативно-правових актів у сфері охорони праці. Зокрема, у Показнику нормативно-правових актів з питань охорони праці (затверджену наказом Державної служби гірничого нагляду та промислової безпеки України від 2 січня 2013 року №2) наведені всі діючі станом на 28.12.2012 нормативно-правові акти з питань охорони праці.

Відповідно до ст. 153 КЗпП на всіх підприємствах, в установах та організаціях повинні бути створені безпечні та нешкідливі умови праці. Забезпечення таких умов покладається на роботодавця.

Умови праці, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, обладнання та інших засобів виробництва, стан засобів колективної та індивідуальної захисту (далі - ЗІЗ), що використовуються працівником, а також санітарно-побутові умови повинні відповідати вимогам нормативно-правових актів про охорону праці. Роботодавець – головний лікар зобов'язаний правильно організувати працю працівників, створювати умови для зростання

її продуктивності, забезпечувати трудову та виробничу дисципліну, неухильно дотримуватися законодавства про працю та правила охорони праці, поважно ставитися до потреб і запитів працівників, покращувати умови їх праці та побуту (ст. 141 КЗпП).

Працівники також зобов'язані працювати добросовісно, дотримуватися трудової та технологічної дисципліни, вимог нормативно-правових актів щодо охорони праці (ст. 139 КЗпП).

Крім того, адміністрація закладів охорони здоров'я зобов'язана розробляти і реалізовувати комплексні заходи щодо охорони праці відповідно до Закону № 2694. План таких заходів включається до колективного договору. Так, згідно зі ст. 13 КЗпП, у колдоговорі встановлюються взаємні зобов'язання сторін щодо регулювання виробничих, трудових, соціально-економічних відносин. Зокрема:

- режиму роботи, тривалості робочої години та відпочинку;
- умов та охорони праці.

У відповідному розділі колдоговору (наприклад, «Охорона праці» або «Умови та охорона праці») необхідно вказувати обсяги фінансування комплексних заходів щодо забезпечення безпеки праці - відповідно до норм чинного законодавства. Зокрема, згідно зі ст. 19 Закону № 2694 фінансування охорони праці здійснюється роботодавцем. При цьому витрати на охорону праці повинні становити не менше 0,5% від фонду оплати праці за попередній рік.

У закладах охорони здоров'я, що утримуються за рахунок бюджету, витрати на охорону праці передбачаються державним чи місцевими бюджетами та становлять не менше 0,2% фонду оплати праці.

Крім цього, у даному розділі колдоговору необхідно вказувати:

- механізми створення (удосконалення) та забезпечення неперервного функціонування ефективної системи управління охороною праці;
- конкретні обов'язки роботодавця щодо придбання, комплектації, належного утримання, своєчасної видачі працівникам сертифікованих засобів

індивідуальної захисту (далі - ЗІЗ); порядок компенсації витрат працівникам, які придбали ЗІЗ за свої кошти;

– обсяги та порядок надання пільг і компенсацій за тяжкі та шкідливі умови праці; порядок забезпечення відповідних працівників лікувально-профілактичним харчуванням, молоком або рівноцінними йому харчовими продуктами, миючими та знешкоджувальними засобами (ЗІЗ, що видаються працівникам безоплатно, підлягають обов'язковому поверненню при: звільненні з підприємства місце, зміни виду робіт, введення нових технологій, впровадження нових або заміни наявних знарядь праці та в інших випадках, коли використання виданих ЗІЗ не є необхідним, а також після закінчення строків їх використання замість одержуваних нових ЗІЗ (лист Держгірпромнагляду від 13.09.2010 р. № 1/02-3.1/6600).

– відповідно до п. 4.13 Положення про порядок забезпечення працівників спеціальним одягом, спеціальним взуттям та іншими засобами індивідуального захисту, затвердженого наказом Держгірпромнагляду від 24.03.2008 р. № 53, працівникам, які суміщають професії або працюють за сумісництвом, крім ЗІЗ, що видаються їм за основну професію, залежно від виконуваних робіт повинні бути додатково видані ЗІЗ, передбачені нормативно-правовими актами, для виконання робіт за професією за сумісництвом або за суміщенні з урахуванням строків їх придатності.

– щодо нормативно-правових принципів надання безкоштовного мила, миючих та знешкоджуючих засобів працівникам, то докладно про це викладено у листі Державної санітарно-епідеміологічної служби України від 14.10.2011 р. № 01.03/3093) ;

– заходи щодо проведення за кошти роботодавця обов'язкових медичних оглядів працівників певних категорій, включаючи осіб віком до 21 року, а також оздоровчі заходи, визначені за результатами цих медоглядів;

– розміри вихідної допомоги, що сплачується працівникові під час його звільнення за власним бажанням з причин невиконання роботодавцем вимог законодавства про охорону праці та відповідних умов колективного договору;

– види та розміри заохочень, передбачені згідно з колдоговором для працівників, які беруть активну участь і виявляють ініціативу у здійсненні заходів щодо підвищення безпеки та покращення умов праці.

У колдоговірі потрібно обов'язково включити зобов'язання щодо своєчасного та якісного проведення атестації робочих місць, своєчасного її фінансування, передбачити строки та порядок проведення зазначеної атестації та здійснення профілактичних заходів за її результатами з метою покращення умов роботи, медичного обслуговування та оздоровлення працівників.

Колдоговір повинен передбачати також зобов'язання щодо створення належних, безпечних умов праці для інвалідів, жінок і неповнолітніх, надання їм відповідних додаткових пільг і компенсацій тощо.

Нагадаємо, що колдоговір має двосторонній характер. Тому необхідно забезпечити включення до нього та низки зобов'язань працівників. Наприклад, таких як:

1. Взаємодія з роботодавцем у справі створення здорових і безпечних умов праці;
2. Безумовне виконання кожним працівником вимог безпеки, правил поведінки з машинами, механізмами, інструментом, використання засобів індивідуальної та колективної захисту тощо).

Законодавчі вимоги щодо охорони праці повинні співвідноситися з умовами трудового (колективного) договору. Так, відповідно до ст. 5 Закону № 2694 умови трудового договору не можуть містити положення, що суперечать законам та іншим нормативно-правовим актам з охорони праці.

При укладенні трудового договору адміністрація закладу охорони здоров'я повинна інформувати працівника під розписку про умови праці та про наявність на його робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, та компенсації за роботу в таких умовах. Крім того, на роботодавця покладається обов'язок щодо систематичного проведення інструктажу (навчання) працівників з питань охорони праці та протипожежної охорони.

Відшкодування шкоди, заподіяної працівникові внаслідок ушкодження його здоров'я або в разі смерті працівника, здійснюється Фондом соціального страхування від нещасних випадків відповідно до Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» (Закон №1105) [34]. Нагадаємо, що всі без винятку працівники підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності. А значить, вони або їх родичі мають право на отримання відповідних компенсацій (відшкодування збитків).

Законодавством передбачені окремі (спеціальні) вимоги щодо деяких категорій осіб, а саме для:

- жінок (гл. XII КЗпП, ст. 10 Закону № 2694);
- неповнолітніх (гл. XIII КЗпП, ст. 11 Закону № 2694);
- інвалідів (ст. 172 КЗпП, ст. 12 Закону № 2694).

До витрат на охорону праці належать витрати на видачу працівникам:

- спеціальної одягу, взуття та інших ЗІЗ (ст. 163 КЗпП);
- мила та знешкоджуючих засобів (ст. 165 КЗпП, ст. 8 Закону № 2694);
- молока та лікувально-профілактичного харчування (ст. 166 КЗпП, ст. 8 Закону № 2694).

Дуже важливою є стаття витрат з охорони праці - проведення атестації робочих місць на предмет відповідності вимогам законодавства про охорону праці. Необхідність проведення обумовлена вимогами ст. 13 Закону № 2694, а проводять її відповідно до Порядку № 442. Ще один важливий момент: відповідно до вимог ст. 15 Закону №2694 роботодавець зобов'язаний або створити на підприємстві службу охорони праці, або залучити відповідних фахівців.

У закладах охорони здоров'я з кількістю працюючих 50 і більше осіб має створюватися служба охорони праці відповідно до Типового положення №

255. У закладах, де менше 50 осіб, функції служби охорони праці можуть виконувати за сумісництвом особи, які мають відповідну підготовку. У закладах з кількістю працюючих менше 20 осіб для виконання функцій служби охорони праці можуть залучатися сторонні спеціалісти на договірних засадах, які мають відповідну підготовку.

Проте на сьогодні, за оцінками деяких фахівців, в Україні ще не створено економічного та правового механізму, що спонукає роботодавців приймати ефективні заходи щодо забезпечення здорових та безпечних умов праці. Більше того, діюча система економічних та правових відносин у галузі охорони праці не тільки не протистоїть негативним тенденціям, а й сама є джерелом соціальної напруженості. Це виявляється, насамперед, у діючій сьогодні системі "пільг та компенсацій" за роботу в шкідливих умовах праці, яка дозволяє державам та роботодавцям економити на охороні праці, змушує працівників ризикувати своїм життям і здоров'ям задля досягнення елементарного життєвого рівня.

Найважливішими вадами існуючої системи соціальної захисту працівників від професійних ризиків є:

- відсутність ринкових механізмів компенсації шкоди здоров'ю та втраті працездатності на виробництві (основну частку економічного навантаження за професійний ризик продовжує нести суспільство, а не конкретний роботодавець);

- відсутність науково обґрунтованих медико-біологічних методів та правових норм з оцінки рівнів професійних ризиків у різних виробництвах та галузях економіки;

- деформація суспільної свідомості з приводу пільг та компенсацій за роботу в несприятливих умовах праці, яким надається перевага перед збереженням здоров'я.

4.2 Забезпечення ефективної роботи персоналу організації при розробленні і реалізації заходів з евакуації персоналу та населення (клієнтів, відвідувачів)

Захист населення від негативного впливу надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру є першочерговим завданням всіх органів державної влади у тому числі місцевих органів влади та керівників об'єктів економіки незалежно від форм власності.

Вирішення цього завдання потребує комплексного підходу, який передбачає виконання заходів щодо створення захисних споруд, забезпечення людей засобами індивідуального захисту, підготовкою населення до дій за сигналами цивільної оборони (цивільного захисту), своєчасного оповіщення про загрозу або виникнення надзвичайної ситуації, заздалегідь проведеного відселення, розосередження, евакуації населення та інших.

В умовах неповного забезпечення захисними спорудами в містах та інших населених пунктах, що мають об'єкти підвищеної небезпеки, основним способом захисту населення у разі загрози або виникненні надзвичайної ситуації на сьогодні залишається своєчасний і швидкий вивіз або вивід людей з небезпечної зони у безпечні місця, тобто їхня евакуація.

Евакуація населення – комплекс заходів щодо організованого вивезення (виведення) населення із районів (місць), зон, можливого впливу наслідків надзвичайної ситуації (далі – НС) природного або техногенного характеру і розміщенню його поза зонами дії вражаючих факторів джерел НС (у безпечних районах (місцях), у разі виникнення безпосередньої загрози життю та заподіяння шкоди здоров'ю людей [34].

Евакуації підлягає населення, яке проживає у населених пунктах, що знаходяться у зонах можливого катастрофічного затоплення, можливого небезпечного радіоактивного забруднення, хімічного ураження, в районах виникнення стихійного лиха, аварій і катастроф (якщо виникає безпосередня загроза життю та здоров'ю людей).

Залежно від обстановки, яка склалася на час надзвичайної ситуації техногенного та природного характеру, може бути проведено загальну або часткову евакуацію населення тимчасового або безповоротного характеру.

Загальна евакуація – комплекс заходів, що здійснюються для всіх категорій населення в окремих регіонах держави у разі виникнення надзвичайної ситуації техногенного чи природного характеру;

Часткова евакуація – комплекс заходів, що здійснюється для захисту окремих категорій населення у разі виникнення надзвичайної ситуації техногенного чи природного характеру.

Загальна евакуація проводиться за рішенням Кабінету Міністрів України для всіх категорій населення, за винятком нетранспортабельних хворих, обслуговуючого їх персоналу, а також громадян, які підлягають призову на військову службу по мобілізації.

Загальна евакуація проводиться шляхом вивезення основної частини населення з міст і небезпечних районів усіма видами наявних транспортних засобів на відповідній адміністративній території та виведення найбільш витривалої його частини пішки.

Загальна евакуація і планується на випадок [34]:

- можливого небезпечного радіоактивного забруднення територій навколо атомних електростанцій (якщо виникає безпосередня загроза життю та здоров'ю людей, які проживають у зоні ураження);
- виникнення загрози катастрофічного затоплення місцевості з чотиригодинним добіганням проривної хвилі.

Часткова евакуація проводиться за рішенням Кабінету Міністрів України у разі загрози або виникнення надзвичайної ситуації техногенного та природного характеру. Часткова евакуація проводиться без порушень діючих графіків роботи транспорту.

Під час проведення часткової евакуації завчасно вивозиться не зайняте у сфері виробництва та обслуговування населення: діти, учні навчальних закладів, студенти, вихованці відомчих дитячих будинків разом з

викладачами, вихователями та членами їх сімей, пенсіонери, інваліди і ветерани, які утримуються у будинках для осіб похилого віку, разом з обслуговуючим персоналом і членами їх сімей, матеріальні і культурні цінності, які підлягають евакуації [35].

Часткова евакуація проводиться з використанням транспортних засобів, що експлуатуються за діючим графіком. Для прискорення евакуації за рішенням керівника відповідного органу виконавчої влади залучаються додаткові транспортні засоби.

Рішення про проведення евакуації населення приймають:

- на загальнодержавному рівні – Кабінет Міністрів України;
- на регіональному рівні – Рада міністрів Автономної Республіки Крим, голова обласної держадміністрації;
- на місцевому рівні – голова Київської та Севастопольської міської держадміністрації, голова районної держадміністрації;
- на об'єктовому рівні – керівник об'єкта.

Евакуаційні заходи здійснюються Радою міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування.

Виведення (вивезення) населення із зон надзвичайних ситуацій може здійснюватися при дуже малому часі попередження та в умовах дії на людей уражаючих факторів джерела надзвичайних ситуацій.

В залежності від розвитку надзвичайної ситуації і чисельності населення, яке виводиться із зони надзвичайної ситуації можуть бути варіанти евакуації: –локальна, місцева, регіональна.

Організація планування, підготовка і проведення евакуації, а також підготовка районів для розміщення евакуйованого населення і його життєзабезпечення, зберігання матеріальних і культурних цінностей покладається [35]:

- а) в центральних органах виконавчої влади – на керівників центральних органів виконавчої влади;

б) в місцевих державних адміністраціях та органів місцевого самоврядування – на керівників місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування;

в) в організаціях – на керівників організацій.

Евакуації у воєнний час підлягає:

а) працівники розташованих у населених пунктах організацій які переносять виробничу діяльність у воєнний час у позаміську зону (далі – працівники організацій, які переносять виробничу діяльність у позаміську зону), а також непрацюючі члени сімей вказаних працівників;

б) непрацююче і не задіяне у сфері виробництва населення, у тому числі персонал організацій, які припиняють свою діяльність на період бойових дій (війни);

в) матеріальні і культурні цінності.

До матеріальних цінностей, які підлягають евакуації відносяться:

а) державні цінності (золотовалютні резерви, банківські активи, цінні папери, еталони виміру, запаси дорогоцінних каменів та металів, документи поточного діловодства і відомчі архіви державних органів та організацій, електроннообчислювальні системи і бази даних);

б) виробничі і наукові цінності (особливо цінне наукове і виробниче обладнання страховий фонд технічної документації. особливо цінна наукова документація, бази даних на електронних носіях, наукові збірники і фонди організацій);

в) запаси продовольства, медичне обладнання об'єктів охорони здоров'я, обладнання водозабезпечення, запаси медичного майна і запаси матеріальних засобів, які необхідні для першочергового життєзабезпечення населення;

г) сільськогосподарчі тварини, запаси зернових культур, насінництва та фуражу;

д) запаси матеріальних засобів для забезпечення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт.

До культурних цінностей, які підлягають евакуації відносяться [6]:

- а) культурні цінності світового значення;
- б) страховий фонд документів бібліотечних фондів;
- в) культурні цінності державного значення;
- г) електронні інформаційні ресурси;
- д) культурні цінності, які мають надзвичайне значення для культури народів України.

Особливо цінні документи Державного комітету архівів України підлягають укриттю встановленим порядком. Підставою для віднесення до матеріальних і культурних цінностей, які підлягають евакуації є експертна оцінка, яка проводиться відповідними спеціалістами центральних органів виконавчої влади, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування і організацій.

Безпечний район – придатний для життєдіяльності район розміщення евакуйованого населення, який визначається рішенням відповідного органу виконавчої влади за межами зон можливого руйнування, хімічного зараження, катастрофічного затоплення, масових лісових і торф'яних пожеж, а також небезпечного радіоактивного забруднення.

Позаміська зона у межах адміністративних кордонів органів виконавчої влади повинна розташовуватись поза зоною можливих руйнувань, можливого небезпечного хімічного забруднення, катастрофічного затоплення і небезпечного радіоактивного забруднення.

При відсутності позаміської зони на території своєї області (Автономної Республіки Крим) по узгодженню з органами виконавчої влади сусідніх областей можливе виділення (відведення) позаміської зони на територіях цих областей (Автономної Республіки Крим).

Зона можливого ураження – окрема територія або об'єкт, на яких внаслідок надзвичайної ситуації техногенного, природного чи воєнного характеру виникає загроза здоров'ю людей чи заподіяння матеріальних втрат.

Надзвичайна ситуація (НС) – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження, що призвело або може призвести до людських і матеріальних втрат.

Небезпечний район (пункт, територія, зона) – непридатний (тимчасово або довготермінове) для життєдіяльності район (пункт, територія, зона) в результаті дії або наслідків надзвичайної ситуації або в результаті визначеної потенційної небезпеки.

Хімічно небезпечний об'єкт (ХНО) – промисловий об'єкт (підприємство) або його структурні підрозділи, на якому знаходяться в обігу (виробляються, переробляються, перевозяться (пересуваються), завантажуються або розвантажуються, використовуються у виробництві, розміщуються або складуються (постійно або тимчасово), знищуються одне або декілька небезпечних хімічних речовин (до ХНО не належать залізниці).

Потенційно небезпечний об'єкт (ПНО) – об'єкт, на якому можуть використовуватися або виготовляються, переробляються, зберігаються чи транспортуються небезпечні речовини, біологічні препарати, а також інші об'єкти, що за певних обставин можуть створити реальну загрозу виникнення аварії [34].

Евакуація у безпечні райони включає в себе безпосередньо евакуацію населення, матеріальних і культурних цінностей у безпечні райони із міст та інших населених пунктів, віднесених до груп з цивільної оборони, із населених пунктів, які мають організації віднесені до категорії особливої важливості по цивільній обороні, залізничні станції першої категорії, із населених пунктів, розташованих у зонах можливого катастрофічного затоплення у межах 4-годинного добігання хвилі прориву при руйнуванні гідрозахисної споруди, а також розосередження працівників організацій, які продовжують у воєнний час виробничу діяльність у населених пунктах.

Розосередження – комплекс заходів по організованому вивезенню (виведенню) із міст, які відносяться до груп цивільної оборони і розміщення у позаміській зоні для проживання і відпочинку працівників об'єктів економіки, виробнича діяльність яких буде продовжуватись у цих містах.

Розосередженню підлягають робітники і службовці:

- унікальних (спеціалізованих) об'єктів економіки, для продовження роботи яких відповідні виробничі бази у позаміській зоні відсутні або розташовуються в містах, які відносяться до груп цивільної оборони;

- організацій, які забезпечують виробництво і життєдіяльність об'єктів міст, які відносяться до груп цивільної оборони (міських енергомереж, комунального господарства, громадського харчування, охорони здоров'я, транспорту і зв'язку, органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування).

Уповноважені органи управління з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи – Головне управління з питань надзвичайних ситуацій та цивільного захисту населення Автономної Республіки Крим, Головне управління з питань надзвичайних ситуацій Київської міськдержадміністрації, головні управління (управління) з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи обласних та Севастопольської міської держадміністрацій.

Евакуаційні органи – підрозділи управління процесом евакуації, які призначаються розпорядженням керівника відповідного органу виконавчої влади (об'єкта) для планування, підготовки, організації та проведення евакуації населення, а також для приймання і розміщення евакуйованого населення.

Найбільша працююча зміна (НПЗ) об'єктів економіки, які продовжують роботу у воєнний час (особливий період) у містах віднесених до груп цивільної оборони повинна бути забезпечення захисними спорудами цивільної оборони (цивільного захисту).

В залежності від часу і термінів проведення, евакуація населення може бути – завчасна і негайна [35].

Завчасна евакуація – евакуація при якій населення завчасно виводиться із зон можливої дії вражаючих факторів (прогнозованих зон надзвичайних ситуацій). Негайна (невідкладна) евакуація населення проводиться на випадок виникнення надзвичайних ситуацій.

Отже, четвертий розділ кваліфікаційної роботи магістра присвячено питанням охорони праці та безпеки у надзвичайних ситуаціях. Зокрема досліджено систему охорони праці на КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради, розглянуто ключові аспекти забезпечення ефективної роботи персоналу організації при розробленні і реалізації заходів з евакуації персоналу та населення.

Результати проведених досліджень дозволяють стверджувати, що охорона праці та безпека у надзвичайних ситуаціях є невід’ємними складовими успішної діяльності медичних закладів, таких як КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В. Г. Вершигори». Високі ризики для здоров’я персоналу через професійні фактори, такі як іонізуюче випромінювання, контакт із хімічними речовинами, шум та емоційні навантаження, вимагають ретельного дотримання нормативно-правових актів з охорони праці. Важливою залишається розробка комплексних заходів, що включають покращення умов праці, забезпечення безпеки під час надзвичайних ситуацій, а також ефективну організацію евакуації населення. Виконання цих заходів сприяє збереженню життя та здоров’я працівників, підвищенню якості медичних послуг і довіри пацієнтів.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Представлена кваліфікаційна робота присвячено пошуку шляхів зміцнення матеріальної та фінансової основи діяльності КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. У першому розділі кваліфікаційної роботи магістра досліджено п'ять моделей фінансово-матеріального забезпечення системи охорони здоров'я: приватна позастрахова, приватна страхова, бюджетна, загальнообов'язкове публічне страхування та змішана, яка поєднує елементи всіх інших моделей. Функціональність і результативність кожної моделі визначаються трьома групами чинників: захворюваності або потреби в медичному обслуговуванні, фінансового забезпечення і інфраструктурного забезпечення.

Визначено, що кожна із моделей, окрім змішаної, має свої переваги і недоліки, які залежать від інституційного контексту, рівня добробуту та інших факторів. Переваги і недоліки змішаної моделі залежать від конкретних пропорцій участі різних суб'єктів фінансування, механізмів перерозподілу доходів і врегулювання конфліктів інтересів між особами, роботодавцями, державою, страховиками і медичними закладами, що також зумовлено інституційними, економічними, технологічними та інформаційними умовами.

У розділі 2 представленої кваліфікаційної роботи магістра досліджено сучасний стан та особливості забезпечення матеріально-фінансової основи діяльності комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. У рамках дослідження здійснено загальну характеристику та проведено дослідження організаційної структури управління лікарні, проаналізовано матеріальну основу діяльності медичного закладу, досліджено фінансове забезпечення та динаміку кадрових ресурсів КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації». Результати аналітичного дослідження є основою для розроблення проектних пропозицій у третьому розділі роботи.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи магістра запропоновано проектні рішення щодо удосконалення матеріально-фінансової основи діяльності Комунального некомерційного підприємства «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради. У роботі досліджено процеси оптимізації витрат на надання медичних послуг при формуванні фінансової основи діяльності медичного закладу, висвітлено особливості управління розвитком матеріально-фінансової основи діяльності медичних закладів Тернопільської області, здійснено прогнозування перспектив упровадження платних послуг у діяльність КНП «Більче-Золотецька лікарня реабілітації».

Четвертий розділ кваліфікаційної роботи магістра присвячено питанням охорони праці та безпеки у надзвичайних ситуаціях. Зокрема досліджено систему охорони праці на КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В.Г. Вершигори» Тернопільської обласної ради, розглянуто ключові аспекти забезпечення ефективної роботи персоналу організації при розробленні і реалізації заходів з евакуації персоналу та населення.

Результати проведених досліджень дозволяють стверджувати, що охорона праці та безпека у надзвичайних ситуаціях є невід’ємними складовими успішної діяльності медичних закладів, таких як КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації імені В. Г. Вершигори». Високі ризики для здоров’я персоналу через професійні фактори, такі як іонізуюче випромінювання, контакт із хімічними речовинами, шум та емоційні навантаження, вимагають ретельного дотримання нормативно-правових актів з охорони праці. Важливою залишається розробка комплексних заходів, що включають покращення умов праці, забезпечення безпеки під час надзвичайних ситуацій, а також ефективну організацію евакуації населення. Виконання цих заходів сприяє збереженню життя та здоров’я працівників, підвищенню якості медичних послуг і довіри пацієнтів.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я / Модуль 1. Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних URL: <https://www1.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Donbas/RPP/P2-M1.pdf>
2. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
3. Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19.10.2017р № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
4. Мінфін пропонує скасувати норму, яка спрямовує 5% ВВП на медицину. Чим це загрожує? URL: <https://hmarochos.kiev.ua/2021/09/29/minfin-proponuye-skasuvaty-normu-yaka-spryamovuye-5-vvp-na-medyczynuchym-cze-zagrozhuje/>
5. Постанова Кабінету Міністрів “Про утворення Національної служби здоров'я України” від 27.12.2017р №1101 URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>
6. Результати оцінки ефективності бюджетної програми за 2023 рік. URL: <https://moz.gov.ua/uk/rezultati-ocinki-efektivnosti-bjudzhetnoi-programi-za-2023-rik-2301040#!>
7. Урядовий портал Міністерства фінансів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-u-2023-rotsi-vydatky-na-okhoronu-zdorovia-stanovyly-2174-mlrd-hryven>
8. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF#Text>
9. Видатки державного бюджету 2018-2020 роки. URL: https://openbudget.gov.ua/national_budget/expenses?class=functional&view=table

10. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність URL: <https://www.apteka.ua/article/579552>

11. НСЗУ: Порядок реалізації Програми медичних гарантій у 2021 році URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-u-2021-roci>

12. В ухваленому Верховною Радою державному бюджеті на 2022 рік на видатки на систему охорони здоров'я передбачено в розмірі 192,5 млрд. грн. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3361723-na-ohoronu-zdorova-v-budzeti2022-peredbacili-1925-milarda.html>

13. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12. 2020 р. № 1671-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

14. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Навчально-методичний посібник Економіка та фінансування охорони здоров'я. 2011 р. С. 71-75.

15. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>

16. Чорновіл О. В. Економічні моделі управління національними системами охорони здоров'я. *Держава та регіони. Сер. : Економіка та підприємництво*. 2020. № 5. С. 45-49.

17. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2021. Вип. 3 (30). С. 27–35.

18. Сподарева О. Г. Особливості функціонування системи медичного страхування у провідних країнах світу. *Вісник Одеського національного університету. Економіка*. 2023. Т. 18, Вип. 3(3). С. 91-95.

19. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи. *Актуальні проблеми державного управління*. 2022. № 2. С. 431-437.

20. Арутюнян С. С., Итигіна О.В. Медичне страхування в Україні: вибір концептуальних підходів до реформування. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2020. Вип. 2. С. 219-225.

21. 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>

22. Гришан Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2019. Вип. 112. С. 22-24.

23. Задорожня Л. А. Фінансові інструменти реалізації реформи обов'язкового медичного страхування в Україні. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2023. № 4(1). С. 180-185

24. Карамишев Д. В. Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 22. С. 60-64.

25. Семенова А. В. Реформування медичної галузі: запровадження обов'язкового медичного страхування. *Право та інновації*. 2022. № 3. С. 102-107.

26. Сахно О. В. Медичне страхування як інструмент реформування медичної сфери в Україні: проблеми та перспективи застосування на сучасному етапі. *Вісник [Київського інституту бізнесу та технологій]*. 2022. Вип. 3. С. 71-74

27. Тлуста Г. Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2024. Вип. 3. С. 65-70.

28. 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

29. 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.

30. 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.

31. Інструктаж з охорони праці в медичних закладах: важливий аспект безпеки працівників. Південне міжрегіональне управління Державної служби з питань праці. URL: <http://surl.li/oadcju>

32. Кодекс законів про працю України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>

33. Закон України «Про охорону праці». *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1992, № 49, ст.668. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>

34. Посібник з реалізації заходів евакуації населення, матеріальних і культурних цінностей в умовах загрози та виникнення надзвичайних ситуацій і збройних конфліктів / Укладачі: М.В. Андрієнко, А.І. Фомін, О.М. Слуцька, А.А. Слюсар, Л.В. Калиненко, Ю. М. Чайковський. Київ: ІДУ НД ЦЗ, 2022. 250 с.

35. 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>