

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

«Удосконалення організації діяльності медичних закладів в умовах децентралізації
(на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська
центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради)»
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», освітньо-
професійна програма «Державна служба»

Студента гр. ДСмз-91/2

Лугової Т.В.

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на інше
джерело Лугова Т.В.

Науковий керівник

к.е.н. Тихенко В.С.

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

завідувач кафедри

« ___ » _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Державна служба»

студенту гр. ДСмз-91/2

Луговій Тетяні Володимирівні

1. Тема роботи **«Удосконалення організації діяльності медичних закладів в умовах децентралізації (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради)»**, затверджена наказом по СумДУ № _____ від « ___ » _____ 20__ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи
3. Мета кваліфікаційної роботи **Визначення основних напрямків впливу процесів децентралізації на організацію діяльності медичних закладів.**
4. Об'єкт дослідження **діяльність Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради**

5. Предмет дослідження **Вплив децентралізації на розвиток галузі «Охорона здоров'я»**
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах **Законів України, Постанов Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ України, щорічної звітності підприємства, внутрішньої розпорядчої документації підприємства.**
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Теоретичні основи децентралізації у галузі охорони здоров'я	
II	Методичні основи реформування та організації галузі охорони здоров'я	
III	Рекомендації з впровадження системи медичного страхування у діяльність лікувально-профілактичного закладу	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити_____

У розділі 2 студент має провести аналіз_____

У розділі 3 студент має обґрунтувати (запропонувати)_____

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
	Теоретичні основи децентралізації у галузі охорони здоров'я		
	Методичні основи реформування та організації галузі охорони здоров'я		
	Рекомендації з впровадження системи медичного страхування у діяльність лікувально-профілактичного закладу		

9. Дата видачі завдання_____

Керівник кваліфікаційної роботи _____
підпис

Тихенко В.С.

Завдання до виконання одержав _____
підпис

Лугова Т.В.

АНОТАЦІЯ

У роботі розглянуто теоретичні і методичні основи впливу децентралізації на організацію діяльності медичного закладу на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

На базі використання системного аналізу до вивчення процесів децентралізації та їх впливу на розвиток діяльності медичних закладів виявлено, що процеси децентралізації дозволяють місцевій владі вкладати більші кошти в розвиток медицини на місцевому рівні.

Виявлено можливість в процесі запровадження реформи з децентралізації влади розраховувати на зміни складної ситуації у сфері охорони здоров'я через зміну пріоритетів, а саме спрямовуючи її на зміцнення, збереження здоров'я людини та попередження захворювань.

РЕФЕРАТ

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи магістра складає 51 стор., в тому числі 2 таблиць, 20 використаних джерел.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків впливу процесів децентралізації на організацію діяльності медичних закладів. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо впровадження процесів децентралізації;
- вивчення напрямків діяльності лікувально-профілактичного закладу;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення впливу процесу децентралізації на розвиток діяльності підприємства у галузі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є відносини, що виникають в процесі впливу децентралізації на розвиток діяльності Комунального некомерційного підприємства «Шосткинської центральної районної лікарні» Шосткинської міської ради.

Об'єктом досліджень є діяльність Комунального некомерційного підприємства «Шосткинської центральної районної лікарні» Шосткинської міської ради.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є метод наукового пізнання, системний підхід та методи фінансового аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Ключові слова: ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ, ПІДПРИЄМСТВО, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ДОПОМОГА

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1 Порівняльний аналіз моделей управління у галузі охорони здоров'я інших країн та України.....	9
1.2 Підприємство у галузі охорони здоров'я.....	12
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РЕОРГАНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	31
2.1 Розвиток ринку послуг страхової медицини як напряму реформування галузі охорони здоров'я.....	31
2.2 Розроблення адекватної стратегії ціноутворення для медичних послуг.....	32
2.3 Загальні положення з впровадження принципів ефективної організації управління лікувально-профілактичними закладами Шосткинської міської територіальної громади.....	35
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ	39
3.1 Основні проблеми управління лікувальними закладами територіальної громади.....	39
3.2 Розроблення програми дій з впровадження систем медичного страхування.....	41
3.3 Рекомендації у сфері експертизи та контролю якості послуг у системі медичного страхування.....	43
ВИСНОВКИ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49

ВСТУП

До 2019 року система надання медичної допомоги як в державі в цілому, так і в м.Шостка та Шосткинському районі погіршувалася. При відносно стабільному рівні фінансування використання бюджетних коштів не надавало бажаного результату. Негативно впливало на ситуацію те, що лікувальні та керівні функції сконцентровані у одного й того ж органу.

Децентралізація галузі охорони здоров'я є надзвичайно важливим в сучасних умовах суспільного розвитку. Адже децентралізація – це такий спосіб територіальної організації влади, згідно з яким передає право на прийняття рішень з певних питань або в певній сфері управлінським структурам локального чи регіонального рівня, органам місцевого самоврядування, що перебувають поза системою органів виконавчої влади і є відносно незалежними від неї. Все спрямоване на прискорення прийняття рішень та наближення до об'єктів, які потребують прийняття цих рішень. Це сприятиме зменшенню корупції і підвищенню ефективності діяльності галузі.

В Україні процес децентралізації розпочато 2014 року з прийняттям Концепції реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, законів України «Про співробітництво територіальних громад», «Про добровільне об'єднання територіальних громад» та змін до Бюджетного і Податкового кодексів – щодо фінансової децентралізації.

Внаслідок розпочатого процесу створено дієвий інститут. Цей процес дозволив зформувати з 2018 року на базі м.Шостка об'єднану територіальну громаду.

Значна роль у поліпшенні медичного забезпечення населення на сучасному етапі відведена органам місцевого самоврядування

На сучасному етапі органи місцевого самоврядування відіграють значну роль у поліпшенні рівня медичного забезпечення населення. Це обумовлено

можливістю організації надання послуг відповідно до їх потреб, урахування демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. Це стало можливим в умовах відмови від централізованого управління охороною здоров'я і передачі повної відповідальності за її ефективне функціонування органам місцевого самоврядування та місцевим громадам актуальним суспільно-солідарних систем охорони здоров'я для ефективної організації медичного забезпечення населення та контролю за повнотою і якістю її надання.

Мета роботи – дослідити правові, організаційні та фінансові можливості здійснення ОТГ делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради з урахуванням світового досвіду.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Порівняльний аналіз моделей управління у галузі охорони здоров'я інших країн та України

Реформування галузі полягає у зміні механізму фінансування. Але прощання із залишкамикомандно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст реформування охорони здоров'я. Взаємозв'язок з необхідністю вивчення світового досвіду став очевидним. Виникла необхідність виходу України на міжнародний ринок медичних послуг.

Нова концепція розвитку охорони здоров'я, як вцілому по Україні так і на місцевому рівні є органічною складовою масштабних реформ на макроекономічному рівні з децентралізації, інвестування та поширення економічної свободи.

Децентралізація – це один із загальних напрямків розвитку охорони здоров'я. Вона означає посилення ролі регіонів у регулюванні медичної галузі за умови збереження загального національного ринку. За такої системи територіальної громади, області, міста і райони матимуть найширший обсяг повноважень і грошових ресурсів, необхідних для розвитку галузі, яка переважно фінансується за рахунок місцевих бюджетів.

Досвід децентралізації охорони здоров'я у Канаді показує, що система є переважно державною та вирізняється високою якістю, демократичністю і доступністю для громадян. Тривалий час Канада посідає друге місце в світі за показником очікуваної тривалості здорового життя. До того ж за показником скорочення смертності у критичних випадках, коли пацієнт отримує своєчасну та ефективну медичну допомогу.

Унікальна канадська модель охорони здоров'я охоплює 10 провінційних систем зі своїми особливостями фінансування й організації. Регіони значно відрізняються один від одного чисельністю та щільністю населення, обсягами регіонального

продукту та ресурсного потенціалу. Проте їх об'єднують стандарти медичної освіти та лікування. Загальнодержавні програми спрямовані на розвиток конкурентної спроможності регіонів за рахунок витрат на оплату праці.

Доволі цікавим досвідом, який би став у нагоді Україні є досвід медичного страхування.

Недосконалість існуючої Канадської системи полягає у слабкій координації між лікарями загальної практики і вузькопрофільними спеціалістами. Канадські лікарі загальної практики менше за лікарів інших держав використовують можливості Інтернет-економіки, зниження витрат та кращого задоволення своїх пацієнтів. Проте головне – оплата їх послуг здійснюється за принципом гонорар за послугу, що стимулює до збільшення обсягу надання послуг та їх оплати. Цей факт треба взяти до уваги реформуючи охорону здоров'я України. Оскільки лікар самостійно отримує відшкодування витрат на лікування, для провінційних міністрів зростає проблема впровадження «командної гри» різних фахівців щодо організації первинної медицини та зменшення непродуктивних витрат.

Децентралізація охорони здоров'я та передача більших повноважень регіонам є одним із завдань виведення її з державної власності в Україні. Пріоритетами стають завдання – зростання економічної свободи медзакладів, автономізація їх діяльності та прийняття ефективних управлінських рішень. Це надасть можливість раціонального використовувати вже існуючі ресурси та більш гнучко підходити до процесів модернізації діяльності заради підвищення економічної ефективності лікувально-профілактичних закладів. Зарубіжний досвід демонструє, що існують два варіанти збільшення самостійності надавачам медпослуг. Вони пов'язані з реформою власності. перший погляд полягає у тому, що державна медицина зберігається, тобто право привласнення медичних закладів залишається за державою. Але вони отримують статус юридичної особи, перетворюються на економічний суб'єкт (некомерційне підприємство), їм делегується право розпоряджання та управління власністю. Як приклад можуть служити системи охорони здоров'я Великобританії, Швеції, Фінляндії, Нової Зеландії, Італії.

Власне цей досвід спробувала застосувати Україна. На жаль, реформування не досягло своєї мети – підвищення якості та доступності лікування. Намаганням створити внутрішній ринок і конкуренцію між лікарями за бюджетні кошти завадили тіньова економіка та бюрократія. Перша спричинила розподіл ресурсів за іншими, неконкурентними принципами, друга – обмежила вплив на хід реформи з боку у медиків і пацієнтів. Крім того, впровадження європейської практики без урахувань вітчизняних особливостей (невиправданого закриття лікарень у дуже віддалених районах, поганих доріг для карет «Швидкої допомоги» або їх відсутності) прогнозовано не принесло результатів. Дотепер є кадровий голод, відсутня достойна мотивація праці. Розширення економічної свободи регіонів за умови збереження державного сектору охорони здоров'я і виконання конституційного принципу рівного доступу громадян до медицини залишається потенційно можливим та затребуваним.

Альтернативний варіант приватна страхова медицина. Вона передбачає приватизацію частини лікарських засобів. Через те, що вона більш доступна заможним громадянам, то на неї в нашій державі повністю покладатися не можна. Приватний ринок неспроможний забезпечити належне лікування інфекційних хвороб. Монопольне надання послуг лікарями спричиняє зростання цін.

Економічну свободу фармацевтичного ринку підтримує Німеччина.

Вона підтримує економічну свободу національних фармкомпаній, низьку еластичність попиту на ліки конкурентним внутрішнім ринком. Це робить Німеччину привабливою для іноземних інвестицій у розробку нових препаратів, і ринок зберігає конкурентну основу. Тобто підвалини соціальної ринкової економіки – ринок приватна власність, конкуренція – державою захищаються. При цьому не порушується інший її принцип, пов'язаний з ефективною системою соціального захисту громадян країни. Вартість ліків має велике покриття не пацієнтами, а третьою стороною, особливо соціальним страхуванням та бюджетним фінансуванням. Майже всі ліцензовані учасники фармацевтичного ринку задіяні як продавці ліків, що реалізуються за рецептами лікарів, і які мають право на відшкодування коштів з боку фондів

обов'язкового медичного страхування. За останні роки набули стабільності негативні риси розвитку охорони здоров'я такі, як тіньова медицина та неформальні платежі лікарям. Тому має місце неконтрольованість наданих медичних послуг, незахищеність пацієнтів.

Для зміни ситуації треба врахувати зарубіжний досвід страхової медицини для створення своєї більш дієвої на законодавчому рівні.

При реформуванні галузі головне пам'ятати, що метою реформи стає впровадження нових медичних технологій за кошти, отримані завдяки таким методам:

- Раціоналізація використання лікарняних ліжок;
- Підвищення економічної ефективності медичних закладів;
- Структурна перебудова медичного обслуговування;
- Остаточний перехід вітчизняних виробників ліків на світові стандарти GMP;
- Лібералізація та дебіюрократизація фармацевтичного ринку, підвищення прозорості його, скорочення посередників у продажах;
- Державна підтримка добросовісної конкуренції на фармацевтичному ринку , підвищення ефективності роботи антимонопольного комітету;
- Протидія олігополізму як серед компаній імпортерів ліків, так і вітчизняних виробників.

1.2. Підприємство у галузі охорони здоров'я

Підприємство є лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених чинним законодавством України. Діє на підставі статуту.

Підприємство створене за рішенням Шосткинської міської ради від 20 листопада 2018 року.

Майно підприємства є власністю шосткинської територіальної громади в особі

Шосткинської міської ради Сумської області.

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального закладу «Шосткинська центральна районна лікарня».

Підприємство створене на базі майна Шосткинської територіальної громади.

Засновником, Власником та органом управління майном підприємства є територіальна громада в особі Шосткинської міської ради.

Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику.

Уповноваженим виконавчим органом управління Засновника закладу охорони здоров'я є виконавчий комітет Шосткинської міської ради.

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

Підприємство є неприбутковою організацією, тому забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) підприємства або їх частини засновником (учасником), працівниками комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

Не вважається розподілом доходів підприємства фінансування видатків на утримання такого неприбуткового підприємства, реалізації мети та напрямів діяльності визначених статутом.

Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної ради України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, які є загальнообов'язковими для виконання, наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України.

Повне найменування Підприємства – Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради;

Скорочене найменування Підприємства: – КНП «Шосткинська ЦРЛ».

Місцезнаходження Підприємства: вул. Щедріна,1, м. Шостка, Сумська

область, 41100.

Зовнішнім обмежувальним фактором є перебування галузі «Охорони здоров'я» в стані реформування. Досить впливовим чинником є те, що незважаючи на велику кількість нормативно-правових документів, існує постійна невизначеність щодо фінансування комунальних закладів охорони здоров'я.

Щодо внутрішніх обмежувальних факторів, аналіз факторів внутрішнього впливу показав за актуальними напрямками, що економічний стан забезпечує повноцінне функціонування підприємства, організаційна структура оптимальна, наявна матеріально-технічна база медичного та іншого обладнання, постійне введення в експлуатацію нового діагностичного і іншого медичного обладнання, введення інноваційних методів лікування, забезпечено постійний контроль за екодеструктивним впливом на навколишнє середовище.

Кількість штатних працівників підприємства станом на 01.10.2020 року складає 817,5 (в т.ч. лікарі – 167,25, середній медичний персонал – 359,25, молодший медичний персонал – 159,25, інший персонал – 131,75); зайняті посади станом на 01.10.2020 року 753,5 (в т.ч. лікарі – 138, середній медичний персонал – 345,25, молодший медичний персонал – 155,75, інший персонал – 114,5).

Динаміка по роках штатної чисельності та зайнятих посад таб. 1.

Штатні посади ЦРЛ

	01.01.2017	01.01.2018	01.01.2019	01.01.2020	01.10.2020	Зміни показників на 01.10.2020 до показників на 01.01.2017 ("+" - зростання, "-" - зменшення)
лікарі	223,75	223,75	175,25	165,75	167,25	-56,5
середній	473,75	473,75	396,5	365,5	359,25	-114,5
молодший	196,75	196,75	182,5	167,5	159,25	-37,5
немедики	23,5	23,5	23,5	20	20	-3,5
інші	163	159	133	119	111,75	-51,25
разом	1080,75	1076,75	910,75	837,75	817,5	-263,25

Зайняті посади ЦРЛ

	01.01.2017	01.01.2018	01.01.2019	01.01.2020	01.10.2020	Зміни показників на 01.10.2020 до показників на 01.01.2017 ("+" - зростання, "-" - зменшення)
лікарі	200,75	196,75	150,25	139	138	-62,75
середній	464,25	459,25	382	356	345,25	-119
молодший	194,25	186,75	179,5	161	155,75	-38,5
немедики	21	21	21	19	20	-1
інші	151,25	145,25	122,25	114,5	94,5	-56,75
разом	1031,5	1009	855	789,5	753,5	-278

Організаційна структура підприємства складається з адміністративно-управлінського персоналу, лікувально-профілактичних підрозділів, допоміжно-діагностичних підрозділів, господарчих підрозділів.

Враховуючим, основну мету створення підприємства, а саме забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством, то визначним блоком структури закладу є лікувально-профілактичний підрозділ, який складається із стаціонарних відділень (відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії, гінекологічне відділення, інфекційне відділення, кардіологічне відділення, неврологічне відділення, отоларингологічне відділення, офтальмологічне відділення, пологове відділення, відділення для новонароджених, приймальне відділення, терапевтичне відділення №1, травматологічне відділення, хірургічне відділення, наркологічне відділення) та амбулаторно-поліклінічних відділень та кабінетів (відділення з амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення, кабінет відновного лікування, кабінет з обслуговування потерпілих від аварії на ЧАЕС, медико-генетичний кабінет, кабінет «Довіра», відділення для проведення платних медичних оглядів; здоровпункт працівників КП ШКЗ «Імпульс», жіноча консультація, психоневрологічне диспансерне відділення, наркологічне диспансерне відділення, відділення амбулаторного гемодіалізу).

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності підприємства є:

- створення разом з власником (Шосткинська міська рада) умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів підприємства;

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

- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика);

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

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

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

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

- проведення профілактичних оглядів;

- придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

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

- видавництво учбової та монографічної літератури, навчально-методична,

науково-дослідницька робота та інше.

Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних, фармацевтичних навчальних та науково-дослідних закладів (установ) усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

КНП «Шосткинська ЦРЛ» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику.

Джерелами формування майна та коштів підприємства є:

- комунальне майно, передане підприємству відповідно до рішення Шосткинської міської ради;

- кошти місцевих бюджетів;

- власні надходження підприємства;

- кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

- цільові кошти;

- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- кредити банків;

- майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

- майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб, надходження коштів на виконання програм соціально-економічного та культурного розвитку міста, програм розвитку медичної галузі, тощо;

- майно та кошти отримані з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04 квітня 2019 року №726 «Про ліцензування медичної практики» Комунальному некомерційному підприємству «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради видано ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю акушерство і гінекологія, анестезіологія, бактеріологія, гастроентерологія, генетика медична,

дерматовенерологія, дитяча ортопедія і травматологія, дитяча психіатрія, дитяча хірургія, ендокринологія, ендоскопія, інфекційні хвороби, кардіологія, клінічна лабораторна діагностика, лікувальна фізкультура, наркологія, неврологія, неонатологія, нейрохірургія, організація і управління охороною здоров'я, онкологія, ортопедія і травматологія, отоларингологія, офтальмологія, патологічна анатомія, педіатрія, психіатрія, ревматологія, рентгенологія, терапія, ультразвукова діагностика, урологія, фізіотерапія, функціональна діагностика, хірургія; за спеціальністю молодшого спеціаліста з медичною освітою: сестринська справа, сестринська справа (операційна), лікувальна справа, акушерська справа, лабораторна справа (гігієна), лабораторна справа (клініка), лабораторна справа (патологія), рентгенологія, синологія, медична статистика за місцем провадження діяльності Сумська обл., м.Шостка, вул. Марата, буд.23, Сумська обл., Шосткинський р-н, смт Вороніж, вул.Новгород-Сіверська, буд.33 Сумська обл., м.Шостка, вул. Щедрина, буд. 1 Сумська обл., м.Шостка, вул. Прорізна, буд. 12, Сумська обл., м.Шостка, вул. Родини Кривоносів, буд. 83 Сумська обл., м.Шостка, вул. Весняна, буд.5 Сумська обл., м.Шостка, вул.Озерна, буд. 12, Сумська обл., м.Шостка, вул. Заводська, буд.41, Сумська обл., м.Шостка, вул.Січнева, буд. 6, Сумська обл., м.Шостка, вул. Січнева, буд. 8, Сумська обл., м.Шостка, вул.Свободи, буд. 14 Сумська обл., м.Шостка, вул. Січнева, буд. 8А.

Загальне керівництво підприємством здійснює головний лікар. Контроль за діяльністю в розрізі напрямків здійснюють заступники головного лікаря.

Діяльність кожного структурного підрозділу визначається положенням про відповідний структурний підрозділ. На кожну посаду передбачену штатним розписом підприємства розроблена посадова інструкція.

Забезпечено функціонування механізму проведення інструктажів з охорони праці та пожежної безпеки.

Багато уваги приділяється навчанню працівників незалежно від фаху. Створені можливості для користування нормативною базою всіма працівниками лікарні, що дає можливість розвивати самостійно кожному рівень своїх знань.

08.02.2019 року було проведено автономізацію закладу в підприємство. З 01.04.2020 року КНП «Шосткинська ЦРЛ» прийняло активну участь в укладанні договорів з Національною службою здоров'я України по реалізації Програми медичних гарантій.

Медичні послуги, що надаються підприємством відповідають Національним стандартам.

Під керівництвом заступника головного лікаря з медичної частини комісійно розглядаються медичні протоколи на базі яких і здійснюється лікування. Систематично раз на рік ведеться робота по складанню локального протоколу та здійснюється ABC VEN аналіз ефективності застосування лікарських засобів.

Всі структури взаємодіють між собою в межах визначених положеннями про структурні підрозділи.

Для всіх структурних підрозділів забезпечені належні умови праці. Робочі приміщення оснащені комп'ютерною технікою, телефонним зв'язком та інтернетом. Приміщення забезпечені всіма необхідними комунальними послугами та енергоносіями.

Забезпечено відповідні умови для функціонування підприємства відповідно до нормативної бази.

Заклад має всі необхідні дозвільні документи та ліцензії. В 2018 році була проведена атестація робочих місць.

Наявність діючих дозвільних документів свідчить про правильну та своєчасну роботу керівництва підприємства в напрямку забезпечення ефективності роботи підприємства.

Потужність підприємства станом на 01.10.2020 року 324 ліжка. Проблема ефективності завжди посідала важливе місце серед актуальних проблем економіки підприємства. Ефективність управління – це поняття, яке позначає співвідношення результатів і досягнутих цілей, результатів і використаних ресурсів. Ефективне управління даним підприємством є діяльністю з найкращими з

можливих результатами задоволення населення в якійсній та ефективній медичній допомозі.

Проте, поняття ефективності медичної допомоги не слід ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, з відповідними показниками у сфері матеріального виробництва. В охороні здоров'я навіть при застосуванні самої кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути негативний результат. Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку як окремої адміністративно-територіальної одиниці так і суспільства в цілому. Загалом, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу. Ефективність функціонування вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності.

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

- 1). По виду ефективності: медична, соціальна, економічна.
- 2). За рівнем: рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів; рівень роботи галузі охорони здоров'я міста та району;
- 3). По етапах або розділами роботи: на етапі попередження захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації.
- 4). За обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм.
- 5). За способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати.
- 6). За витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами

живої і суспільної праці.

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

Ефективність підприємства не може бути визначена однозначно.

В своїй діяльності підприємство використовує медичне обладнання, яким укомплектоване у відповідності до тебелів оснащення, затвердженим Міністерством охорони здоров'я. Забезпеченість обладнанням складає 80% від потреби. Поновлення матеріально-технічної бази відбувається щорічно, але все ж таки залишається вкрай недостатнім. Знос матеріально-технічної бази в середньому складає 60%.

Впровадження нових медичних технологій потребує відповідності медичного обладнання сучасним реаліям.

З 01.04.2020 року при переході на фінансування за програмою медичних гарантій шляхом укладання договорів з Національною службою здоров'я України, підприємству вдалося підписати договори за наступними пакетами:

- Лікування пацієнтів методом екстракорпарального гемодіалізу в амбулаторних умовах;
- Психіатрична допомога дорослим та дітям;
- Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям;
- Гістероскопія;
- Амбулаторна вторинна (спеціалізована) медична допомога дорослим;
- Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини;
- Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;
- Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опойдів;
- Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- Медична допомога при пологах;
- Медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену корона вірусом SARS-CoV-2;

- Стационарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричинену корона вірусом SARS-CoV-2.

Це дало змогу розраховувати на 97,9 млн.грн. понад отримані в I кварталі 25,5 млн.грн. на період з 01.04.2020 року по 31.12.2020 року, тоді як фінансування за 2017 склало 80,1 млн.грн., за 2018 рік склало 88,2 млн.грн., 2019 рік – 70,8 млн.гривень.

Зменшення фінансування в 2019 році пов'язане з тим, що в процесі реформування було виокремлено первинну ланку надання медичної допомоги в окреме комунальне некомерційне підприємство.

Результативні показники використання фінансових ресурсів наведені нижче в таб.2:

<i>Найменування показника</i>	2017		2018		2019	
	план	факт	план	факт	план	факт
Завантаженість ліжкового фонду уденних стаціонарах (днів)	339,9	369,7	339,9	353,1	339,9	326,2
Збільшення рівня охоплення хворих «Д» наглядом (%) порівняно з попереднім роком	3	+1,2	3	+1,1	3	-0,72
Збільшення питомої ваги хворих вперше виявлених при профоглядах порівняно з попереднім роком (%)	5	+3,3	5	-3,1	5	-11,8

Збільшення кількості пролікованих хворих у денних стаціонарах(%)	7	+23,8	7	-5,6	7	+5,0
Завантаженість ліжкового фонду у звичайних стаціонарах (днів)	333,6	314,7	333,6	303,5	333,6	299,9
Середня тривалість лікування у стаціонарі одного хворого (днів)	9,6	9,1	9,6	9,1	9,6	8,7
Зменшення середньої тривалості лікування у стаціонарі 1-го хворого порівняно з минулим роком (днів)	0,2	0,7	0,2	-9,1	0,2	-0,4
Збільшення кількості пролікованих хворих у денних стаціонарах(%)	2,0	-7,0	2,0	-4,7	2,0	+0,06
Зниження показника летальності порівняно з минулим роком (%)	1	+7,5	1	+24,0	1	-17,1

Існуюча система планування закладу полягає у зборі інформації щодо потреби, її аналізі та обґрунтованому викладення у бюджетних запитах та фінансовому плані підприємства. Дані для підготовки бюджетних запитів

подаються головному розпоряднику бюджетних коштів (Виконавчий комітет Шосткинської міської ради) для подальшого отримання бюджетних призначень з місцевого бюджету Шосткинської міської об'єднаної територіальної громади. Зазвичай запити складаються під потребу у видатках на оплату енергоносіїв та комунальних послуг, виділення коштів на зазначені цілі передбачено Бюджетним кодексом України, та на видатки передбачені Комплексною міською програмою «Охорона здоров'я», розробленою та затвердженою на місцевому рівні для підтримки та розвитку галузі.

Всі інші джерела надходження коштів, які акумулюються на рахунках відкритих поза органами Державного казначейства, відображаються у фінансовому плані разом з коштами, які виділяються з бюджетів різних рівнів.

Бюджетні запити та фінансовий план складаються у відповідності до форм передбачених чинним законодавством.

Надходження коштів від надання платних послуг відповідно до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року №1138 (із змінами і доповненнями):

- послуг, що надаються згідно з функціональними повноваженнями;
- послуг з провадження господарської та/або виробничої діяльності;

Основні платні медичні послуги по медичним оглядам надаються за граничними тарифами встановленими розпорядженням голови Сумської обласної державної адміністрації від 21.12.2019 року №685-ОД.

В оперативному управлінні підприємства знаходиться 20 окремих будівель загальною площею 23634,4 кв.м. Площі, які не задіяні у виробничому процесі, надаються в оренду. За згодою підприємства виконавчий комітет Шосткинської міської ради укладає договори оренди, а підприємство укладає договори з орендарями на відшкодування витрат, пов'язаних з утриманням приміщень. Загальний перелік орендарів в додатку 7. Питома вага площ які оренднуються в

загальній площі будівель складає 7,8%. Надання в оренду вільних площ надає можливість зменшити витрати підприємства на утримання приміщень, які не використовуються безпосередньо при наданні медичної допомоги. Проблем при оформленні оренди та в процесі діяльності не виникало.

Організація безпеки праці полягає у створенні належних умов праці на кожному робочому місці, своєчасному проведенні усіх видів інструктажів. На охорону праці щорічно спрямовується коштів понад 0,5% фонду оплати праці.

Прибирання приміщень забезпечується у відповідності до санітарних норм та правил.

Контроль забезпечується в межах повноважень закріплених посадовими інструкціями.

Планування потреб у матеріалах здійснюється на підставі заявок структурних підрозділів з урахуванням фінансових можливостей.

Потреба в медикаментах та виробках медичного призначення складається виходячи з локального протоколу. Перевагу в першу чергу надається лікарським засобам, передбаченим Національним переліком основних лікарських засобів.

В процесі надання медичної допомоги лікарський склад керується протоколами лікування. Додержання протоколів в процесі лікування контролюється комісіями створеними при закладі.

До вересня 2016 року при визначення потреби у персоналі керувалися наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я» від 23.02.2000№33. Після відміни вищезазначеного наказу кількість штатних посад корегується в залежності від виробничої необхідності.

Лікарський состав та состав молодшого медичного персоналу мають діючі сертифікати, які підтверджують відповідність кваліфікаційним вимогам. Постійно відділом кадрів ведеться робота по плануванню та направленню на курси підвищення кваліфікації як медичних так і не медичних працівників, які потребують систематизації та поновлення знань. Лікарня є базою стажування для

лікарів-інтернів. Лікарі-інтерни проходять інтернатуру як на платній так і на безплатній основі.

Не зважаючи, що в 2019 році заклад було автономізовано, через брак коштів було вирішено не змінювати діючу систему оплати праці. Зазначене було зафіксовано в Колективному договорі.

Діюча система оплати праці передбачає підхід в оплаті праці, передбачений спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення».

Надбавка за вислугу медичному персоналу нараховується у відповідності до Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 року №1418.

Крім того, в 2020 році в оплату праці були внесені корективи в зв'язку з введенням карантину через поширення захворюваності на COVID-19. Для стимулювання працівників були введені додаткові доплати відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 24.04.2020 №331 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою корона вірусом SARS-CoV-2, та належної оплати праці медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу таким пацієнтам.

Структура заробітної плати за 2019, та 10 місяців 2020 років в додатках 8, 9. В структурі видатків закладу заробітна плата з нарахуваннями займає від 79 до 82 відсотків.

На другому місці після заробітної плати по питомій вазі у загальному обсязі видатки на оплату енергоносіїв та комунальні послуги. З метою скорочення витрат щорічно розробляються заходи по підприємству з енергозбереження.

Стосовно управління персоналом треба зауважити що має місце плинність кадрів. В 2020 році причинами такої плинності стала низька оплата праці та

поширення пандемії.

Нормування праці здійснюється відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2006 року №319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я».

Показники праці керівників та спеціалістів це успішне виконання посадових обов'язків для забезпечення надання якісної доступної медичної допомоги населенню.

Схем стимулювання працівників не розроблено. Преміювання здійснюється за рішенням керівника та розмірах в межах фонду оплати праці. Підстава Положення про преміювання, розроблене та затверджене по підприємству.

На підприємстві несе відповідальність за управління матеріальними ресурсами головний лікар. З метою забезпечення збереження товарно-матеріальних цінностей укладено договори матеріальної відповідальності з матеріально відповідальними особами. Бухгалтерський облік ведеться в розрізі матеріально-відповідальних осіб.

Постійно здійснюється аналіз товарно-матеріальних запасів. Залишки лікарських засобів щотижня оприлюднюються відповідно до чинного законодавства.

Контроль якості запасів забезпечується на стадії прийняття шляхом перевірки документів (сертифікатів та інших передбачених чинним законодавством) та оглядом. З метою контролю за збереженням товарно-матеріальних цінностей проводяться систематично інвентаризації на умовах та у строки передбачені чинним законодавством.

Планування матеріальних ресурсів здійснюється на підставі обсягів споживання за попередній рік.

Протягом 2017-2019 та I кварталу 2020 року підприємство отримувало кошти відповідно до кошторису. Виділені кошти не забезпечували потребу у видатках на заробітну плату в повній мірі, що спричиняло недостатні обсяги видатків за іншими напрямками. Переход на фінансування по програмі медичних гарантій

надав можливість збільшити обсяги видатків на медикаменти, забезпечити своєчасну виплату заробітної плати. Новий механізм фінансування надав більше самостійності підприємству від прийнятих рішень місцевими органами влади. Протягом періоду фінансування за старим механізмом заклад отримував кошти на організацію харчування хворих та медикаментозне забезпечення в обсягах, що складають 30% від потреби. Відповідно це не давало змоги забезпечити реалізацію державних соціальних нормативів при організації медичного обслуговування населення.

Планово-фінансову функцію виконує економічний відділ. Положенням про економічний відділ на економічний відділ покладено наступні обов'язки:

Підготовка та складання фінансового плану, бюджетних запитів, проектів паспортів бюджетних програм, проектів звітів про виконання паспортів бюджетних програм кошторисів, планів використання ЦРЛ гідно з вимогами чинного законодавства.

Складання штатних розписів установи.

Проведення закупівель.

Забезпечення розміщення інформації стосовно проведення торгів та укладання договорів, яка згідно з чиним законодавством підлягає оприлюдненню.

Здійснення економічного аналізу фінансової діяльності лікарні та лікувально-профілактичних закладів міста та району з поквартальним підведенням підсумків роботи на медичних нарадах.

Участь в роботі тарифікаційних комісій, здійснення контролю за виплатою доплат і надбавок до посадових окладів, згідно чинного законодавства.

Контроль за нарахуванням та виплатою премій, згідно діючого Положення про преміювання.

Підготовка до укладання та облік укладених договорів на закупівлю товарів, послуг, робіт.

Складання місячної, квартальної та річної звітності, відповідно до графіків здачі звітів, встановлених вищестоящими установами; надання оперативної інформації в міськвиконком, фінансове управління Шосткинської міської ради,

райдержадміністрацію, управління охорони здоров'я та обласну державну адміністрацію.

Підготовка проектів рішень, наказів, розпоряджень по КНП«Шосткинська ЦРЛ», ведення переписки з економічних питань.

Узагальнення витрат щодо вартості ліжко-дня лікування хворих, відвідувань в поліклініці.

Складання калькуляції до тарифів на платні послуги.

Участь в розробці та впровадженні заходів по покращенню господарської діяльності установи, раціональному використанню коштів, отриманих від проведення медичних оглядів та надання площ в оренду, ефективному використанню ліжкового фонду та штатних посад, а також по покращенню медичної допомоги населення.

Участь в атестації робочих місць.

Участь в розробці колективного договору.

Участь в розробці заходів з економії бюджетних коштів та енергоносіїв.

Надання практичної і методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам міста Шостка і Шосткинського району з економічних питань.

На кожну штатну посаду економічного відділу розроблено посадову інструкцію, яка передбачає обов'язки за кожною окремо взятою посадою, визначає межі відповідальності за посадою.

Штатний розпис економічного відділу складається з 4 штатних посад.

Функції бухгалтерського обліку та складання звітності покладено на бухгалтерію. Порядок ведення бухгалтерського обліку на підприємстві визначається наказом «Про облікову політику». До штату бухгалтерії входить 14 штатних посади. На кожну штатну посаду бухгалтерії розроблено посадову інструкцію, яка передбачає обов'язки за кожною окремо взятою посадою, визначає межі відповідальності за посадою.

Бухгалтерський облік на підприємстві ведеться безперервно з дня реєстрації.

З метою забезпечення достовірності даних бухгалтерського обліку й звітності проводиться інвентаризація активів і зобов'язань, відповідно до

Положення про інвентаризацію активів та зобов'язань, затвердженого наказом Міністерства фінансів України від 02.09.2014 року №879.

Інвентаризацію запасів проводиться не рідше 1 разу в квартал.

Інвентаризацію основних засобів та нематеріальних активів проводиться 1 раз на рік.

Підприємство надає медичні послуги на платній основі. Калькуляція собівартості продукції відбувається у відповідності до Положення про платні послуги комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради, затвердженого наказом КНП «Шосткинська ЦРЛ» від 01.07.2020 року №205/01-04

Стосовно якості ведення записів і оформлення бухгалтерських книг треба зазначити, що підприємство сприяє автоматизації робочих місць та поступово переходить на електронний документообіг та облік.

Своєчасність фінансових записів і доступ до них забезпечується графіком документообігу.

Останній плановий аудит проводився Держаудитслужбою в 2019 році.

Треба зазначити, що враховуючи вимоги чинного законодавства підприємство з 2021 року буде закуповувати послуги з незалежного аудиту річної фінансової звітності та забезпечувати проведення аудиту в строки передбачені законодавством.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РЕОРГАНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Розвиток ринку послуг страхової медицини як напряму реформування галузі охорони здоров'я

Більшість країн світу знаходяться в пошуках оптимальної та ефективної діючої системи фінансування охорони здоров'я. Для різних держав спільними факторами, що впливають на зміст реформ, є демографічне старіння населення та подорожчання медичних послуг.

В рамках реформування економіки України питання медичного забезпечення населення є одним з найбільш актуальних. Важливість медичного забезпечення є базовою умовою економічного розвитку країни і соціального благополуччя населення. Сьогодні в Україні послуги охорони здоров'я оплачуються державою. Інший можливий спосіб забезпечення громадян медичними послугами – система обов'язкового і добровільного медичного страхування. В умовах ринкових відносин медичне страхування є найважливішою складовою частиною системи охорони здоров'я, покликаною для підтримки людини під час повного або часткового відновлення працездатності. На даний момент в Україні не користується попитом медичне страхування. Процес законодавчо не врегульовано.

Не зважаючи на вже наявні теоретичні та практичні дослідження у напрямку розвитку страхування, існує необхідність подальшого розвитку та поглиблення розуміння сутності медичного страхування, визначення його розвитку з метою забезпечення системного підходу до розуміння проблем подальшого впровадження обов'язкового та поєднання його з розвитком добровільного медичного страхування в Україні.

В умовах розвитку охорони здоров'я на Україні саме система відпрацьованого обов'язкового та добровільного страхування стане підґрунтям соціальної захищеності населення.

В лікарні впроваджені лише ті види страхування, якими впроваджено законодавчо механізм реалізації.

2.2 Розроблення адекватної стратегії ціноутворення для медичних послуг

Одним із стратегічних напрямів реформування системи охорони здоров'я є розробки цінової політики медичного закладу та ціноутворення медичних послуг.

Ціна послуги повинна реально відображати стан на ринку медичних послуг забезпечувати покриття витрат лікувально-профілактичних закладів і приватних практикуючих лікарів на її надання.

На сучасному етапі в Україні діє методика ціноутворення медичних послуг, затверджена постановою Кабінету Міністрів України, яка носить рекомендований характер. А треба зауважити, що аналізувати можливо результати сформовані з однаковим механізмом формування, зоднаковими типовими складовими. Тобто використовуватися повинен єдиний підхід до формування ціни.

У системі охорони здоров'я сьогодні спостерігаються два основні методичні підходи до визначення вартості і ціни медичної допомоги: 1) визначення ціни окремої медичної послуги чи маніпуляції; 2) визначення вартості і ціни кожного окремого випадку медичної допомоги, тобто пролікованого окремого пацієнта.

Для пацієнта ціна - це насамперед, вартість послуг. При виборі пацієнтом лікувального закладу ціна є головним засобом залучення клієнтів, сильніший за рекламу та інші маркетингові інструменти. Тому дуже важливо піклуватися про її максимальну доступність для клієнтів. І не тільки з боку закладів охорони здоров'я, а й з боку влади.

У багатьох публікаціях з проблем ціноутворення зазначається, що найрозповсюдженішими методами ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні є такі:

- витратне ціноутворення, в основу якого покладено фактичні витрати лікувально-профілактичного закладу чи приватнопрактикуючої фізичної особи на виробництво та реалізацію медичної послуги;
- ціннісне ціноутворення, в основі якого дотримання оптимального співвідношення «ціна/витрати» для забезпечення отримання прибутку;

- наслідування конкурента, тобто використання методів ціноутворення конкурентів, які є найуспішнішими на цьому ринку.

Від правильного вибору цінової стратегії залежить прибуток медичного закладу та отримання ринкової частки.

Передбачено два напрямки встановлення цін на медичні послуги:

- встановлення ціни на нові медичні послуги;
- встановлення ціни на існуючі медичні послуги.

Одне з основних завдань, що стоять перед державою на ринку медичних послуг, є формування регуляторної політики щодо ціноутворення, оскільки на державному рівні порядок формування цін і тарифів на медичні послуги не затверджено. Закон України «Про ціни та ціноутворення» визначає, що державне регулювання цін і тарифів здійснюється шляхом:

- 1) установлення обов'язкових для застосування суб'єктами господарювання: фіксованих цін; граничних цін; граничних рівнів торгівельної надбавки (націнки) та постачальницько-збутової надбавки (постачальницької винагороди); Граничних нормативів рентабельності; розміру постачальницької винагороди; Розміру доплат, знижок (знижувальних коефіцієнтів);
- 2) запровадження процедури декларування зміни ціни та/або реєстрації ціни.

Ціни та тарифи закладів охорони здоров'я, які є бюджетними установами, регулюються місцевими органами виконавчої влади.

Ціноутворення має перелік особливостей, які в свою чергу безпосередньо впливають на собівартість і, відповідно, ціну медичної послуги.

По-перше, з точки зору оцінки затрат. Затрати на діагностику та лікування різні, як і різні затрати в поліклініці та стаціонарі, також різні затрати в стаціонарах різних лікувально-профілактичних закладів тощо.

По-друге, є певні проблеми з оцінкою інтелектуальної праці лікарів. Сьогодні практикується платити лікарю визначену ставку і його робочий час обліковувати певною кількістю годин. При такій системі винагороди лікар мало зацікавлений у результатах своєї роботи. В системі охорони здоров'я складною є саме кількісна оцінка роботи лікаря, як і решти медичного персоналу. По-третє, складність

полягає в оцінюванні ризику роботи медичного персоналу. Незважаючи на засоби індивідуального захисту, професійний ризик для медичного персоналу існує у всіх країнах, незалежно від рівня їх розвитку.

Безперечно, що даний ризик медичного персоналу також відіб'ється на вартості надання медичної допомоги. Отже, ціни на медичні послуги зростатимуть залежно від ступеня небезпечності захворювання.

По-четверте, індивідуальність пацієнта і змінність його стану як предмета праці. Динамічність поведінки організму кожного пацієнта практично не дає можливості точно визначити затрати, які необхідні будуть для його лікування. Калькуляцію можна буде провести лише після завершення його лікування. Таким чином, основою ціноутворення є формування базової ціни на основі собівартості послуг, що забезпечує беззбитковість діяльності приватної медичної практики.

Отже, незважаючи на різноманітність підходів до ціноутворення, для бюджетних установ найоптимальнішим вважаємо метод «витрати плюс прибуток», з врахуванням певного ступеня ризику. Адже бюджетні установи більше цікавлять їхні витрати, ніж попит на медичні послуги. Для приватних медичних закладів доцільним буде використання таких методів ціноутворення, як визначення ціни на основі рівня існуючих цін, орієнтуючись на конкурентів, визначення ціни на основі цільового прибутку, що забезпечить бажаний обсяг прибутку, визначення ціни на основі відчутної цінності послуги, коли медичний заклад впевнений в ексклюзивності та потрібності даної послуги.

На рівень цін впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори: власні витрати на виробництво та реалізацію послуги, ступінь конкуренції, економічна ситуація, місцезнаходження клініки тощо.

Але основним з них слід вважати:

- 1) собівартість послуг чи продукції;
- 2) наявність унікальних властивостей послуг;
- 3) ціни на послуги конкурентів;
- 4) можливості отримання достатнього прибутку.

З огляду на викладене можемо зробити висновок про те, що ціна на платну послугу складатиметься:

- із собівартості послуги (обґрунтовані затрати закладу за кожним видом видатків на послугу, подані у грошовому виразі);
- податку на додану вартість заставками чинного законодавства на послуги;
- граничного рівня рентабельності (прибутку), який не може перевищувати розмір, установлений місцевим органом виконавчої влади.

2.3 Загальні положення з провадження принципів ефективної організації управління лікувально-профілактичними закладами Шосткинської міської територіальної громади

Актуальність розробки та впровадження нових підходів до управління в сучасних умовах функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, що характеризується дефіцитом державного фінансування, розвитком ринкових відносин, зростанням вартості медичних послуг та зниженням якості і доступності медичної допомоги, - набуває особливого значення. Необхідність реформування системи охорони здоров'я України не викликає сумніву. При цьому питання забезпечення сфери охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами стає нагальним, оскільки їх достатній обсяг (так само як і ефективність використання) значною мірою визначає результативність реформи.

Запровадження положення з провадження принципів ефективної організації полягає у зміні механізму фінансово-економічного утримання лікувально-профілактичного закладу та спрямованість дій в напрямку надання якісної медичної допомоги на платній основі.

Отже, нині лікарня з установи стала підприємством. Безумовно, в медицині працюють не всі економічні закони, і їх не можна залишити без контролю, проте і нехтувати ними не можна. Підприємство живе за фінансовим планом. Фінансовий план – гнучкий інструмент, на який можна впливати, і в залежності від успішності підприємства він може істотно змінюватись. Управління обов'язково повинно

змінюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг та з урахуванням змін щодо підходів й принципів фінансування. Адже охорона здоров'я є настільки складно організованою системою, що для нормального функціонування не може обходитися без адекватного управління. Принципи управління в системі охорони здоров'я багато в чому схожі з принципами управління в інших галузях господарства, однак мають свою унікальну специфіку. Використання сучасних специфічних підходів до менеджменту дає можливість забезпечити підвищення ефективності діяльності як галузі охорони здоров'я в цілому, так і окремих лікувальних закладів, медичних колективів. В свою чергу прийняття зважених управлінських рішень та ефективне керування медичним закладом в умовах конкуренції повинно базуватись надостовірних статистичних, бухгалтерських економічних та аналітичних даних, отримання та обробка яких можлива лише за умови якісного впровадження медичних інформаційних систем. Система охорони здоров'я – це галузь суспільної сфери, що значно ускладнює процес управління, яке передбачає двоєдине завдання: подбати про збереження здоров'я нації і водночас забезпечити процвітання власних організацій. У нинішніх соціально-економічних умовах перед керівниками галузі постають досить складні проблеми, вирішення яких потребує неабияких здібностей і принципово нових завдань та вмінь. Сучасному керівнику необхідно володіти новими методами організації й управління, основними з яких є управління ринком чи мережею послуг, орієнтоване на охорону здоров'я населення; активне управління якістю і постійне вдосконалення роботи; управління медичним обслуговуванням з виходом за межі організації; управління фінансами з орієнтацією на ефективність організації. Керівник як стратег зобов'язаний підтримувати постійний зв'язок із зовнішнім світом, аби своєчасно розпізнавати й оцінювати події, котрі можуть якимось чином вплинути на організацію. Керівник як лідер зобов'язаний активно шукати шляхи розвитку організації, аби вона не лише відповідала вимогам сьогодення, а й мала перспективи на роки вперед. В рамках автономізації закладів охорони здоров'я мають відбутись такі зміни у фінансово-господарській, управлінській, організаційній та інших видах діяльності цих закладів:

1. Відбулася зміна форми власності (перетворення збюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство).

2. Керівник закладу охорони здоров'я отримує широкі владні повноваження, зокрема свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу.

3. Заклад охорони здоров'я отримує свободу у виборі форми та методів оплати праці працівникам, мотивації та стимулювання в рамках чинного законодавства.

4. Зміна фінансових механізмів господарювання (на основі власного фінансового плану).

5. Заклад охорони здоров'я отримує право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я, які також діють у статусі підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів членів об'єднання, отже, запроваджуються принципи аутсорсінгу.

6. Заклад охорони здоров'я може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Отже, в рамках вищезазначених змін відбувається зміна парадигми системи управління охороною здоров'я загалом:

- запроваджуються принципи підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не тільки для закладів приватного сектору охорони здоров'я, але й для бюджетного сектору;

- формується необхідність бізнес-планування як інструмента планування підприємницької діяльності закладів охорони здоров'я;

- впроваджуються новітні механізми та інструментарій фінансового менеджменту для управління активами закладів охорони здоров'я;

- впроваджується інструментарій стратегічного менеджменту для здійснення середньо- та довгострокового управління закладами охорони здоров'я;

- відбувається зміна парадигми управління кадрами закладів охорони здоров'я, що приводить до впровадження сучасних методів управління кадрами.

В умовах пандемії, які склалися в поточному році, має бути антикризовий механізм управління в закладах охорони здоров'я за таких складних умов.

Ситуація показала, що повинні бути наробітки у наступних напрямках:

- Матеріально-технічне забезпечення;
- Забезпечення засобами індивідуального захисту, дезінфекції;
- Наявність підготовленого персоналу.

Необхідність забезпечення постійного аналізу ситуації та прийняття якісних управлінських рішень. У складних умовах будь-який медичний заклад потребує введення антикризового менеджменту. Роль антикризового менеджера в медичному закладі може виконувати опікунська рада – дорадчий орган, який бере участь у розробці стратегії розвитку лікарні та її реалізації, ухваленні бізнес рішень, побудові команди, залученні матеріальних ресурсів тощо. Метою такого органу є не контроль, а навпаки – сприяння діяльності медичного закладу та допомога. Дорадчий орган може бути створений керівником медичного закладу, це право закріплено в статті 24 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Опікунська рада необхідна, коли управлінських ресурсів не вистачає для вирішення всіх завдань медичного закладу або якщо треба знайти унікальні рішення, що підвищуватимуть ефективність роботи лікарні. Головне до опікунської ради можуть входити представники бізнесу, які допомагають медичним закладам та громаді, місцеві громадські організації, донори, благодійники, лідери думок тощо. Наприклад, досвід представників бізнесу буде корисним під час пошуку управлінських рішень для медичного закладу. У реаліях сьогодення опікунська рада може стати координаційним штабом медичного закладу в боротьбі з COVID-19. Вона допомогатиме знайти рішення, що покращуватимуть якість роботи медичного закладу в нових умовах. В свою чергу, отримавши гроші, лікарні матимуть можливість закупити матеріали та обладнання, необхідні для якісної роботи, що дозволить надати матеріальні стимули для медичних працівників. Досвіду КНП «Шосткинська ЦРЛ» в цьому напрямку не має. Опікунська рада не створена.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1 Основні проблеми управління лікувальними закладами територіальної громади

Процес прийняття управлінського рішення в діяльності лікарняного закладу стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг потребує розвитку взаємовідносин у медичній галузі.

На мій погляд основними проблемами неякісного управління:

- Відсутність ефективної кадрової політики;
- Дуже повільне впровадження нових стандартів лікування.

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості управління, з метою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є впровадження наступних заходів. Одним із напрямків ефективного управління медичним закладом є ефективна кадрова політика. На сьогодні існує гостра нестача фахівців галузі. Відсутня ефективна система підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я та якісна освітня база з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи.

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

З 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані, директор закладу займається питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть

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

Наступним напрямком в управлінні медичним закладом – активізація впровадження сучасних моделей якості в діяльність медичного закладу.

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

інформаційних технологіях, серед яких електронна система охорони здоров'я eHealth, що є базисом автономізації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Впровадження електронної системи охорони здоров'я супроводжує системні зміни у формі управління лікувальними закладами, у фінансуванні медичних послуг, у системі обслуговування пацієнтів. Завдання інформатизації, eHealth у найширшому сенсі – поліпшення інформаційного потоку за допомогою електронних засобів для підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я, на рівні лікаря та пацієнта- забезпечення швидкого доступу лікаря до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу. Постановою КМУ від 05.04.2018 р.№ 411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Таким чином , основна мета впровадження електронної системи охорони здоров'я – мінімізувати Шахрайство і корупційні схеми. Держава більше не виділяє кошти згідно кошторису на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я (державного чи комунального). Натомість ці заклади перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримують плату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану пацієнтам медичну допомогу. Кожен заклад шляхом укладання договору з НСЗУ отримує фінансування відповідно до кількості наданих медичних послуг.

3.2 Розроблення програми дій з впровадження системи медичного страхування

В Україні згідно з Законом України «Про страхування» від 7 березня 1996 року запроваджено добровільне медичне страхування.

Добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності та регулюється Законом «Про страхування».

Добровільне страхування здійснюється на основі договору між зацікавленими сторонами, в якому визначаються конкретні умови страхування, предметом якого є надання застрахованій особі послуг, що сприяють охороні здоров'я, розширюють можливості і умови отримання профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної допомоги в обсязі, передбаченому договором, за рахунок коштів страхових медичних компаній, сформованих із добровільних страхових внесків та організаційних заходів по залученню лікувально – оздоровчої бази.

Зміст добровільних страхових програм визначається ситуацією в галузі, що склалася з дефіцитними видами та обсягом гарантованої медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування. Під добровільним медичним страхуванням у вузькому значенні слова розуміють страхування, що забезпечує оплату медичних послуг, переважно пов'язаних з лікуванням. Перевага полягає в його прогнозованості. Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет. Відмінність української системи охорони здоров'я, що відрізняє її від багатьох європейських країн полягає в тому, що конституція України формально передбачає безмежні гарантії забезпечити дотримання яких майже не можливо.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження специфіки існуючої на сьогоднішній день моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним ефективним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Це дає можливість розподілити ризики захворюваності та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб.

Програма добровільного медичного страхування населення забезпечує доступ до якісних медичних послуг, тим самим забезпечивши додаткове фінансування медичних закладів всіх рівнів на законних цивілізованих та прозорих принципах.

Система страхування здоров'я людей надасть можливість подолати дві основні проблеми, а саме недостатність фінансових ресурсів і низьку якість медичного забезпечення населення.

Програма дозволить делегувати безпосередньо страховій компанії, визначеній шляхом проведення тендерних процедур, реалізацію цілого ряду питань, що стосуються соціального захисту населення, пов'язаних з їх захворюваннями.

Програма повинна бути спрямована на запровадження ефективного механізму добровільного та обов'язкового медичного страхування населення.

3.3 Рекомендації у сфері експертизи та контролю якості послуги у системі медичного страхування

Контрольна функція простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, що регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні:- Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я; - Програмі економічних реформ в Україні на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення належних центрів оцінювання якості медичних послуг; - наказах МОЗ України від 06.08.2013 р. №693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249; 11.09.2013 р. №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201; 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції

України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314; 28.09.2012 р. №752 «Про рорядок контролю якості медичної допомоги» (Зареєстровано Міністерством юстиції за № 1996/22308 від 28.11.2012 р.; 30.11.2012 р. №981 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. №49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за №171/18909»; 01.08.2011 р. №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцію, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.

Згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю. Суб'єктами контролю виступають вповноважені органи за межами медичної установи. Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами медичних послуг. До громадського контролю якості медичної допомоги залучені громадські організації, громадяни в процесі їх звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації. Громадський контроль носить консультативний характер. Зовнішній відомчий контроль, згідно з наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752»Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрованим Міністерством юстиції України за № 1996/22308 від 28.11.2012 р.,

впроваджені здійснювати МОЗ України, у тому числі, Департамент з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги, МОЗ Автономної республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопільської міських державних адміністрацій. Обсяг повноважень зазначених суб'єктів управління охоплює сфери проведення ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичної допомоги, атестації спеціалістів, розгляду звернень громадян, і передбачає право внесення владних рішень, а також обов'язкових до виконання приписів і розпоряджень. Внутрішній контроль якості, відповідно до діючих галузевих нормативно-правових документів, проводиться керівництвом та медичними радами закладів охорони здоров'я. Традиційна практика організації діяльності передбачає надання керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень з виконання контрольних функцій заступникам за окремими напрямками діяльності та завідувачам відділеннями / керівникам структурних підрозділів. Сучасні підходи до внутрішнього контролю якості передбачають також впровадження аудиту та само оцінювання системи управління якістю. Особливістю суб'єкту контролю в системі управління якістю слід вважати обов'язкове віднесення до нього лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю). Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 об'єктами контролю визначені структурні, процесуальні та результативні компоненти системи якості, зокрема, кваліфікація спеціалістів, організація медичної допомоги, реалізація управлінських рішень з питань якості, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, випадки дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарг громадян, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги. Контроль в системі управління якістю медичної допомоги можна розглядати як складову процесу управління, як функцію і як систему. Контроль як складова процесу управління призначений забезпечити досягнення стратегічної мети – надання пацієнтам якісної медичної допомоги – шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів якості медичної допомоги прийнятим вимогам. Контроль як функція управління передбачає

- збір даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями,
- порівняння отриманих даних з вимогами нормативів, стандартів, протоколів, інструкцій,
- виявлення відхилень та їх оцінку;
- аналіз причин відхилень;
- використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги. Таким чином реалізується зворотній зв'язок в системі управління якістю. Контроль як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів: мети, завдань, ідентифікованих суб'єктів і об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості, критеріїв і результатів контролю.

ВИСНОВКИ

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити наступні висновки:

Механізм децентралізації реалізується шляхом реалізації наступних принципів:

-іміджева доступність (створення сприятливих умов перебування в лікувальних закладах, дотримання графіку роботи);

-територіальна доступність (кращі умови надання та отримання медичної допомоги, зв'язок лікаря з пацієнтом);

-медична доступність (поліпшення кадрового забезпечення, створення колцентру, впровадження електронної картки пацієнта);

Реформа медицини в умовах децентралізації являє собою:

1. Автономізацію бюджетних закладів охорони здоров'я.
2. Запровадження нової моделі фінансування для спеціалізованої медичної допомоги;
3. Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я;
4. Укладання договорів з єдиним національним замовником медичних послуг.
5. Впровадження єдиної електронної системи обміну медичною інформацією.
6. Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах
7. Аналіз витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я.
8. Створення госпітальних округів.
9. Запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів.

Переваги процесу децентралізації в процесі реформування галузі охорони здоров'я полягають в тому, що

-у процесі децентралізації медичні заклади ОТГ стають самостійними та самодостатніми;

-оперативні функції передано керівництву автономізованого закладу охорони здоров'я, що прискорює прийняття рішень;

-місцева влада відповідає за утримання та оснащення закладу, як розпорядник бюджетних коштів.

Як висновок можна стверджувати про загалом позитивну динаміку процесу оптимізації мережі медичних закладів. Однак ухвалення рішення про оптимізацію мережі інших лікарських установ зазвичай не враховує потреб мешканців конкретних територій, транспортної інфраструктури, якості медичних послуг, тощо.

Що є неприпустимим явищем, зважаючи на рівень надання медичних послуг, технічне оснащення установ, стан доріг, відстань між населеними пунктами, стан транспортного парку галузі на містах тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с. 2. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rusnauka.com/Medecine> 3. Атаманчук Г.В.
2. Теория государственного управления: Курс лекций. – изд. 2-е, доп. – М. : Омега-Л, 2004. – 584 с. 4. Карамисhev Д.В., Удовиченко Н.М.
3. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах [Електронний Наукові записки, вип.19, 2016 29 ресурс] // Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf> 5. Зеркин Д.П., Игнатов В.Г.
4. Основы теории государственного управления: Курс лекций. – 2-е изд. , доп. и перераб. – М.; Ростов н/Д: МарТ, 2005. – 512 с.
5. Васишин Р.Й. Технології розрахунку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у закладах охорони здоров'я – основа для створення медико-економічних стандартів / Р.Й. Васишин // Український медичний часопис. – 2006. - № 6 (56) – XI/XII. – с. 28-34
6. Долот В.Д. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах / В. Д. Долот, Л. А. Ляховченко, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. – 2011. –№12. – С.109–123.
7. Корнацький В.М. Ціноутворення медичної допомоги і вартість здоров'я як національного продукту держави / В.М. Корнацький, О.М. Шевченко // Український медичний часопис. – 2004. - № 3 (41) – V/VI.– с. 77-80
8. Окландер М.А. Маркетингова цінова політика: навчальний посібник / М.А. Окландер, О.П.
9. Чукурна. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 240с.

10. Резнікова В.В. Послуга як правова категорія та ознака посередницьких договорів / В. В. Резнікова// Університетські наукові записки. – 2007. – № 4 (24). – с. 234–240. – Режим доступу: <http://www.univer.km.ua/visnyk/1442.pdf>
11. Сисюк С. В. Визначення вартості платних медичних послуг та їх облікове забезпечення / С.В.Сисюк, Н.М. Зорій // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – №2 (6). – с. 181-186.
12. Закон України «Про ціни і ціноутворення» від 21 червня 2012 року № 5007-VI / Сайт Верховної ради України. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>
13. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2014. – № 3. – С. 136-142.
14. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf. 3. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis>
15. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. - 2016. - Вип. 6. - С. 75-79.
16. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>. 6. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf> 7. Науковий

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

17. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - NHS QIS, 2005. - ISBN 1-84404-340-1.
18. Про аудиторську діяльність. Закон України. Редакція від 12.12.2012 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3125-12>– Назва з екрану. 3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. / Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [/http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17). – Назва з екрану.
19. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html. – Назва з екрану.
20. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрована в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_2met.doc. – Назва з екрану.