

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Наказ ректора
про затвердження теми

Шифр _____
«До захисту допускається»
завідувач кафедри
_____ І.І. Рекуненко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
на тему

«Моделювання та оптимальний розподіл ресурсів лікувального закладу (за матеріалами КНП ОМР Обухівська БЛЛ)»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ.мз-01ш

Зарубіна Євгена Вікторовича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Зарубін Євген Вікторович.
(підпис)

Науковий керівник _____ к.е.н., доц., Древаль О.Ю.

Суми 2022 р.

Анотація

В роботі проаналізована основні аспекти аналізу діяльності лікувальних закладів, розглянута система фінансування та її головні джерела фінансування. На прикладі КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» проведено аналіз роботи та фінансових можливостей лікувального закладу з подальшою преспективою на розвиток.

У першому розділі оглянуто фінансування медичних послуг в умовах реформування охорони здоров'я в Україні, розглянуто основні показники аналізу економічної діяльності установ системи ОЗ.

У другому розділі досліджено діяльність лікувального закладу на прикладі КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування», проведено аналіз послуг та фінансування КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування».

У третьому розділі розроблено шляхи вдосконалення системи економічного управління діяльності КНП ОМР «Обухівської БЛІЛ», побудовані економічно-математична модель на прикладі КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування», визначено недоліки роботи на прикладі КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування».

Ключові слова: система фінансування, реформування, аналіз послуг, економічно-математична модель, додаткове джерело фінансування.

Реферат

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 1 додатків. Загальний обсяг роботи становить 60 с., у тому числі 9 таблиць, 7 рисунки, список використаних джерел - 1 сторінки, формули 4.

Мета роботи: розглядання теоретичних даних фінансування закладу охорони здоров'я, дослідити діяльність лікувального закладу та викласти в схематичному зображених таблицях, проаналізувати фінансування та перегляд послуг лікувального закладу та побудувати економіко-математичну модель за даними КНП ОМР Обухівська БЛЛ.

Об'єкт дослідження: Діяльність КНП ОМР Обухівська БЛЛ та за пропанованою моделлю запропонувати подальші шляхи розвидку підприємства.

Предмет дослідження: аналіз послуг та фінансування лікувального закладу.

В роботі ми використовували теоретичні знання взяті з різних джерел : анатації, роботи інших авторів С. Лукаш, Р. Побідунський та О. Маскал , посібник публічне адміністрування, інтернет видання та данні законодавства України.

В роботі проведено аналіз діяльності роботи лікувального закладу, сформовано таблиці діяльності та графіки. Проведено аналіз кошторису та залежності ліжкоднів з подальшим фінансуванням на прикладі КНП ОМР «Обухівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування».

Ключові слова: модель, фінансування, аналіз послуг, економіко-математична модель

ЗМІСТ

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АНАЛІЗУ ЕКОНОМІЧНИХ ЗАСАД ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	
1.1 Система фінансування галузі охорони здоров'я.....	5
1.2. Основні методи та закони економіки охорони здоров'я.....	13
1.3. Основні показники аналізу економічної діяльності установ системи охорони здоров'я	22
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ КНП ОМР «ОБУХІВСЬКА БЛІЛ»	
2.1 Загальна характеристика діяльності КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ».....	26
2.2 Аналіз послуг та фінансування КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ».....	32
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ КНП ОМР «ОБУХІВСЬКА БЛІЛ»	
3.1 Вдосконалення системи економічного управління КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ».....	45
3.2 Побудова економіко-математичної моделі за даними КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ».....	47
Висновки	53
Список використаних джерел	56
Додатки	

ВСТУП

Якість життя населення як в Україні, так і в світі напряму залежить від розвитку системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави. За аналізом даних Міністерства охорони здоров'я України спостерігаємо, що стан здоров'я населення держави є незадовільним, що і призводить до показників високої смертності та високого природного спаду населення. Чинники, які викликають тривогу – це, звичайно, різке скорочення постачання ліків до лікувальних закладів, а також зниження їх лікувально-профілактичної роботи.

Галузь охорони здоров'я функціонує у певному економічному середовищі та представлена службою охорони здоров'я. Основними завданнями якої є:

- забезпечення готовності закладів охорони здоров'я та медичних підрозділів до функціонувань в мирний час та функціонування під час виникнення особливого періоду, надзвичайних станів, інших кризових ситуацій;
- надання цілодобової екстренної медичної допомоги хворим на догоспітальному та госпітальному етапах;
- медичне забезпечення безперервності та скоординованості відповідно до медичних стандартів;
- повне і всебічне медичне обслуговування військовослужбовців, ветеранів, а також членів їхніх сімей;
- проведення медичної реабілітації та організації санаторно-курортного забезпечення з метою досягнення максимального фізичного та психічного відновлення;
- проведення щорічного поглибленого медичного обстеження працівників усіх галузей та структур.

У сьогочасних умовах в галузі медицини відчутні проблеми ринкових відносин і немає можливості використовувати у повній мірі позитивні сторони

ринкової економіки, а це спричинює низку проблем і погіршує надання медичної допомоги населенню України. Отже, проблема розвитку та оптимального розподілу ресурсів у лікувальних закладах є важливою і актуальною.

Мета дипломної роботи – вивчити діяльність КНП ОМР «Обухівська БЛШ» та спрогнозувати економічний розвиток данного лікувального закладу.

Для досягнення поставленої мети сформульовано завдання:

- провести загальну характеристику діяльності лікувального закладу
- проаналізувати фінансово-господарську діяльність лікувального закладу
- визначити шляхи вдосконалення економічної діяльності лікувального закладу.

Об'єкт дослідження - лікувальний заклад КНП ОМР «Обухівська БЛШ».

Предмет дослідження – процес аналізу економічних показників та прогнозування розвитку лікувального закладу КНП ОМР «Обухівська БЛШ».

Для написання роботи використано джерела різних областей наук, серед них менеджмент, маркетинг, медицина, соціологія, економіка. Для опрацювання взято періодичні видання, монографії, підручники та інша література.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АНАЛІЗУ ЕКОНОМІЧНИХ ЗАСАД ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

1.1 Система фінансування галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я – це складна соціально-економічна система, основним призначенням якої є забезпечення здійснення найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Це система державних, громадських та індивідуальних засобів і заходів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини. [1]

Економіка охорони здоров'я – це наука про організаційні та соціально-економічні відносини, які виникають і сформовані у процесі задоволення потреб населення в медичних послугах. В умовах ринку, економіка охорони здоров'я вивчає дію законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва (робоча сила).

Галузь охорони здоров'я має свої особливості. Найголовніша, специфічна особливість – це фінансування, як сфера економічних відносин, яка визначається рухом грошових засобів.

Головними джерелами фінансування системи охорони здоров'я є:
(рис.1.1):

- кошти державного бюджету;
- кошти місцевих бюджетів;
- добровільне медичне страхування;
- фінанси громадських та благодійних організацій;

- офіційні платежі населення (приватна медична практика);
- неофіційна оплата послуг.

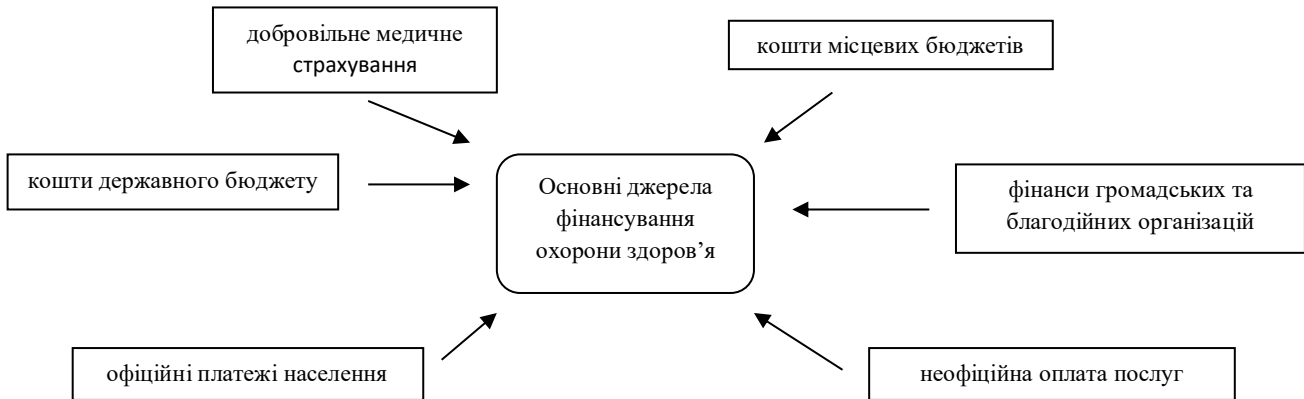


Рисунок 1.1 Головні джерела фінансування системи охорони здоров'я

Бюджетне фінансування – це основне джерело галузі охорони здоров'я в Україні. Воно формується за допомогою податків, які збирають з підприємств та населення нашої держави. Визначення трактує, що бюджетне фінансування – це безповоротне направлення коштів із державного та місцевого бюджету на витрати, пов'язані з державними замовленнями, програмами та забезпеченням державних організацій.

Для бюджетного фінансування, притаманні такі принципи (рис. 1.2):

1. безповоротність – безповоротне виділення коштів розпорядникам;
безплатність – відсутність плати за виділені призначення;
2. безстроковість – відсутність обмежень в часі, протягом якого можна використовувати кошти;
3. плановість – виділення коштів відповідних до обсягів видатків, що затверджуються у фінансових планах;
4. цільове спрямування – бюджетні кошти відпускаються на певні цілі, які відповідають фінансовим планам;

5. поєднання різних джерел покриття витрат – у виділенні бюджетні кошти враховують власні кошти та кошти вищих організацій.

6. фінансування з бюджету проводиться за мірою виконання показників та отримання доходів.



Рисунок 1.2 Принципи бюджетного фінансування

Метод фінансування – це розподіл грошових коштів між виробниками медичних послуг. В галузі охорони здоров'я України основними є кошторисний та програмно-цільовий методи фінансування. Також за надані медичні послуги.

Кошторис – це основний документ, який визначає об'єм, цільовий напрям і щоквартальний розподіл засобів, які спрямовуються з бюджету на утримання установи. До його складу входять статті, які містять однорідні

видатки і не підлягають зміні. Витрати, що включаються в кошторис, повинні бути обґрунтовані відповідними розрахунками до кожної статі кошторису.

Розміри видатків за кожною статтею кошторису встановлюються шляхом використання галузевих показників, економічних нормативів, вартісних та натуральних нормативів і технічних норм. Отож, заклади охорони здоров'я одержують кошти із бюджету на основі кошторису.

При плануванні кошторису медична установа спирається на показники:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (кількість ліжок);
- для амбулаторно-поліклінічних установ (кількість лікарських посад);
- для фельдшерсько-акушерських пунктів (кількість установ).

Програмно-цільове фінансування допомагає визначити чіткі цілі і допомагає уникнути нецільового використання коштів, а також забезпечити їх результативне витрачання. Бюджетне фінансування державних програм визначається правовими нормами в аргументованих обсягах виділення бюджетних коштів безповоротно та безвідплатно або платно, та з їх цільовим призначенням, які направлені на покриття видатків, реалізацію завдань та програм за умов ефективного використання коштів, їх економії та контролю з боку держави.

Фінансування за надані медичні послуги методом здійснюється як від планового, так і від фактичного обсягу послуг. Його вважають найточнішим методом:

- оплата за фактичну кількість наданих послуг;
- оплата за фактичне число відвідувань;
- оплата за фактичну кількість завершених випадків амбулаторної допомоги;
- поособове фінансування всього обсягу наданої допомоги (повне фондоотримання);
- поособове фінансування всього обсягу позалікарняної допомоги і частини обсягу стаціонарної (часткове фондоотримання).

Додатковим джерелом фінансування є добровільне медичне страхування (ДМС). ДМС полягає доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення до максимально можливих у сучасних умовах стандартів. З економічної точки зору медичне страхування – це механізм компенсації застрахованому витрат і втрат, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку.

ДМС здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями згідно із Законом України «Про страхування». Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Лікарняна каса – це добровільна, недержавна, некомерційна організація, побудована на принципі солідарності та страховій технології, яка функціонує у правовому полі, створеному відповідно до законів України «Про благодійництво та благодійні організації» та «Про об'єднання громадян».

Основне завдання лікарняної каси – це допомогти населенню отримати медичну допомогу найвищої якості. Лікарняна каса дає своїм пацієнтам:

- соціальний захист на випадок хвороби; низький членський внесок;
- гарантований доступ медичної допомоги членам ЛК і їх сімей;
- ефективне використання медикаментів;
- надання якісних послуг;
- система контролю якості надання медичної допомоги членам лікарняної каси.

Основна ідея лікарняної каси – це об'єднати громадян та медичних працівників у питаннях медикаментозного та діагностичного забезпечення членів ЛК при їх захворюванні.

Приватний сектор медицини в Україні розвинений недостатньо, що можна пояснити високою вартістю послуг. Основа існування приватної медичної практики закладена в статті 49 Конституції України, де зазначено, що держава сприяє розвитку лікувальних установ всіх форм власності. Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» розкриває положення Конституції й зазначає, що медична практика може виявлятися підприємствами всіх форм власності з реєстрацією й діяльністю в порядку законодавства.

Функціонування державно-бюджетної системи охорони здоров'я має звичайно позитивні сторони, але є і недоліки. До позитивного можна віднести:

- централізоване фінансування (воно покриває майже 90 % усіх видатків на медицину і не дає зростати ціні на лікувальні послуги);
- високий ступінь соціальної захищеності громадян (гарантій надання безкоштовної медичної допомоги);
- державний контроль за умовами надання медичної допомоги (лікувальні заклади під контролем та у власності держави, як і ринок, але роль ринку є другорядною);
- висока ефективність в умовах надзвичайних ситуацій.

Недоліки цієї системи:

- дефіцит фінансових ресурсів охорони здоров'я (нестабільний стан бюджету та неефективний розподіл матеріальних ресурсів);
- обмежені матеріальні стимули;
- мінімальна залежність фінансування медичних установ від обсягів і якості роботи;
- нерівність в якості надання медичної допомоги;
- слабе впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань;

- відволікання значних фінансових ресурсів на утримання установ, які або недостатньо ресурсні в плані оснащення чи кадрів;
- пріоритет дорогим видам надання медичних послуг та незахищеність споживача від неякісних медичних послуг.

В світі також розвинена страхова та приватна системи фінансування. Перевагу страховій медицині надають, наприклад, Франція, Німеччина, Швейцарія, а платній – США, Японія, Корея.

Приватна система охорони здоров'я є частиною ринкової економіки і була сформована під впливом ринкової системи господарювання. Не дивно, що вона працює у країн з найбільш розвинутою ліберальною ринковою економікою.

Основним джерелом фінансування в приватній моделі являються саме добровільно внесені кошти на медичне страхування. Ця система характеризується такими ключовими параметрами:

- заснована на приватній власності;
- демократична;
- багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних джерелах і прямої оплаті за медичні послуги;
- жорстка конкуренція на ринку медичних послуг;
- доходи виробників медичних послуг залежать від обсягу та якості наданих медичних послуг;
- абсолютний спектр медичних послуг;
- високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги;
- високий рівень якості медичних послуг;
- високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг та висока сприйнятливність нових видів медичних послуг;
- оперативність у оволодінні новими медичними послугами.

Як і будь-яка модель фінансування медичної галузі приватна модель має недоліки:

- високий рівень вартості медичних послуг;
- доступність медичних послуг для широких верств населення на низькому рівні;
- нерівномірний розвиток медичної інфраструктури;
- тяжкість надання медичних послуг в умовах фінансової неспроможності суспільства та низький пріоритет медичних послуг громадського значення;
- важкість управління галуззю в екстремальних ситуаціях, не спрацювання при економічній кризі;
- неналежний контролю за якістю медичних послуг.

Соціально-страхова система охорони здоров'я – це, так звана, модель Бісмарка, що передбачає фінансування сфери охорони здоров'я не менше як на 60% усіх витрат за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування. Решта 40% витрат фінансуються за рахунок коштів бюджету, добровільного медичного страхування та коштів отриманих за надання платних медичних

Страхові внески тут є обов'язковими для всього населення країни при певній участі в фінансуванні страхових фондів держави. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави, але діє у межах законодавства.

У цій моделі державі відведена роль гаранта щодо задоволення суспільно-необхідних потреб у медичній допомозі усіх громадян незалежно від рівня їх доходів.

1.2. Основні методи та закони економіки охорони здоров'я

Економіка охорони здоров'я ставить за мету, при наявності економічно-обґрунтованих матеріальних, фінансових та трудових витрат, досягти максимумального доступу населення для отримання медичної допомоги та забезпечити високу якість надання цієї допомоги.

Основними цілями економіки охорони здоров'я є:

- домогтися раціонального використання ресурсів і резервів охорони здоров'я;
- при найменших фінансових, матеріальних і трудових витратах досягти максимальної економічної, соціальної та медичної ефективності;
- максимально задовольнити потреби населення в якісній медичній допомозі.

Отже, перед економікою охорони здоров'я стоять також певні задачі: проаналізувати економічну ефективність медичних закладів, віднайти шляхи найбільш раціонального використання фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів, розробити найбільш економічно вигідні технології надання медичної допомоги і т.д. Для цього економісти використовують велику кількість методів за допомогою яких проводять аналіз економічних процесів в сфері охорони здоров'я. Серед них є спеціальні та загальнонаукові методи пізнання, які розглянемо на рисунку 1.3



Рисунок 1.3 Методи економіки охорони здоров'я

Користуючись загальнонауковими методами економіки здоров'я виділено аналіз та синтез, індукцію та дедукцію, наукове абстрагування та експериментальний метод.

Економічний аналіз і синтез – це комплексний метод дослідження, науковий метод пізнання економічних явищ і процесів, що ґрунтується на розкладанні їх на складові (аналіз) та вивчені в усьому розмаїтті зв'язків при об'єднанні в єдине ціле (синтез). Саме в системі охорони здоров'я – це вивчення і оцінка господарської і фінансової діяльності медичних закладів, виділення загальних позитивних і негативних результатів з метою усунення недоліків і підвищення їх ефективності надання послуг.

Індукція та дедукція – це комплексний метод наукового дослідження, що базується на переході від загального до одиничного, виведенні одиничного із загального. У процесі пізнання економіки охорони здоров'я індукція та дедукція є нерозривно пов'язані між собою – при узагальненні емпіричного матеріалу провідною є індукція, а при теоретичному пізнанні – дедукція. Саме дедукція дає змогу впорядкувати експериментальні дані й побудувати теорію.

Наукове абстрагування – загальнонауковий метод в якому основа лежить в процесі мисленевого відволікання від ряду властивостей і відносин, які вивчаються, при цьому виділенням, насамперед, суттєвих властивостей, що цікавлять дослідника. Розрізняють також абстракції першого (абстракція від реального предмету) і другого (абстракція від абстракції першого рівня) порядку.

Одним із логічних і необхідних методів є метод наукового експерименту, що передбачає цілеспрямоване і активне втручання у хід процесу, відповідні зміни об'єкта і його відтворення у спеціально створених і контрольованих умовах. Експериментальний метод у економіці охорони здоров'я дозволяє знайти і випробувати нові схеми фінансування, форми оплати праці медичних працівників, механізми ціноутворення.

Спеціальні економічні методи, що використовує охорона здоров'я – це балансовий метод, нормативний метод, статистичний метод та метод математично-економічного моделювання.

Балансовий метод базується на пов'язані суспільних потреб та ресурсів, а також створені визначеної відповідності між структурними елементами. При побудові балансу досягається пов'язання наявних ресурсів з фактичною потребою на них. До прикладу, встановлюється співвідношення між доходами і витратами, пропозицією та попитом на медичні послуги, на різні види медикаментів і медичної техніки і таке інше. Така схема економічних балансів має базуватися на рівності ресурсів і можливості їх реалізації і передбачати накопичення резервів. Створення та накопичення резервів має колосальне значення, оскільки при гострому їх дефіциті ланки системи охорони здоров'я будуть давати збій, що призводитиме до рушійних наслідків.

Нормативний метод використовує прогресивні та обґрунтовані нормативи та норми. Під нормою маємо на увазі науково обґрунтовані міри матеріальних, фінансових і трудових ресурсів на виготовлення послуг та виконання заданого обсягу робіт.

Економіка часто використовує метод математичного моделювання, який зародився в області переважно військових завдань. В даний час цей метод дуже швидко розвивається і застосовується в різних сферах економіки. За основу береться набір параметрів і знаходять їх рішення. Рішення вважається оптимальним, якщо воно допустимо і, за певними ознаками, є найкращим за всі інші, або в крайньому випадку, не гірше. Сама ознака переваги рішення називається критерієм оптимальності, який включає в себе цільову функцію та напрям оптимізації. Наприклад, критерієм в охороні здоров'я може бути мінімізація витрат. Метою розв'язування побудованої моделі є кількісно і якісно обґрунтовані прийняті рішення. Основний принцип розробника: «Розробляй, не те, що замовник просить, а те що йому потрібно.» [2] Тобто, під економіко-математичною моделю розуміють концентроване вираження

найсуттєвіших економічних взаємозв'язків об'єктів (процесів), які досліджуються у вигляді математичних функцій, нерівностей і рівнянь.

Статистичний метод визначають, як один із основних методів в економіці охорони здоров'я за допомогою якого вивчаються масові явища що стосуються здоров'я населення та надання медичної допомоги.

Для забезпечення ефективного і раціонального використання ресурсів у сфері охорони здоров'я, важливе значення має необхідність знання, розуміння і використання у практичній діяльності фахівцями, що здійснюють управління організаціями, підприємствами, установами в цій сфері та управління галуззю в цілому, економічних законів, що виражають суть цих відносин через їх внутрішні взаємозв'язки, виступаючи як регулятори розвитку економіки. [3]

Ці закони не затвердженні нормативними документами, але вони є об'єктивними законами функціонування економічних відносин на певному рівні розвитку суспільства, суспільних відносин, економіки. Тож, виділимо три основні групи економічних законів:

- специфічні закони (дієві лише при певному суспільному устрої);
- особливі економічні закони (закон вартості, закон попиту та пропозиції);
- загальні економічні закони (закон економії часу, закон неухильного росту продуктивності праці і т.д).

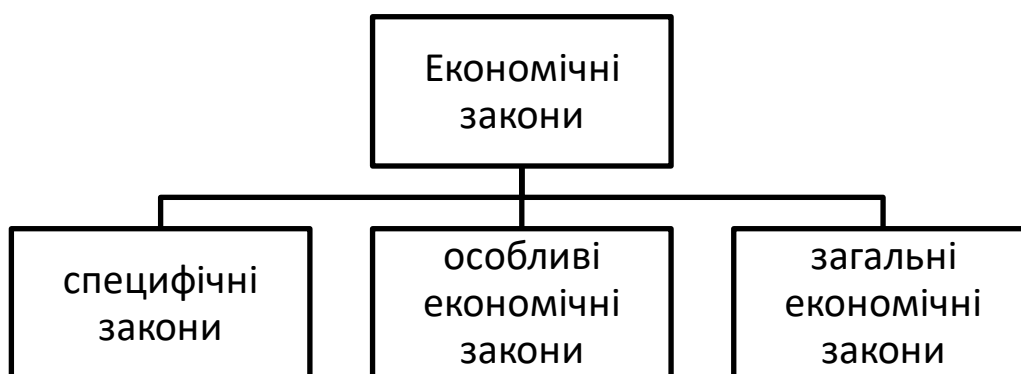


Рисунок 1.4 Групи економічних законів

Перейдемо до розгляду загальних економічних законів, визначемо їх сутність та зміст.

В ринкових коливаннях цін навколо вартості виявляється дія закону вартості. Відповідного до нього виробництво і обмін товару та послуг здійснюється на основі їх вартості, величина яких вимірюється на основі суспільно необхідних затрат праці. Дія самого закону вартості проявляється:

Завдяки цінам, які постійно змінюються, він сприяє зміні орієнтації товаровиробників на виробництво необхідних для суспільства товарів та послуг;

Стає рушійною силою розвитку продуктивних сил – обмін, в основі якого і покладені суспільно необхідні витрати праці, дає стимул для виробників постійно зменшувати індивідуальні витрати виробництва;

Відбувається диференціація виробників товарів та послуг – ті, у яких індивідуальні витрати вищі за суспільні розоряються і випадають з ринку, а ті, у яких індивідуальні витрати нижчі за суспільні – розширюють виробництво товарів та послуг і займають лідируючі позиції.

В системі охорони здоров'я закон вартості має місце при встановленні цін на медичні послуги та в залежності від витраченої на них праці та технічних засобів.

Попит і пропозиція – економічна модель, що описує процес ціноутворення на ринку. Саме тут, поняття попиту і пропозиції виступають в якості універсальних характеристик ринку та доводять, що за умов певних припущень, ці характеристики урівноважуються та приводять до встановлення певної ціни на товари та послуги. В той же час, попит – це представлена на ринку потреба в товарах та послугах, а пропозиція – це кількість цього товару чи послуги, який є на ринку або може бути наданий.

Висновок моделі по урівноваженню відповідає поведінці великого числа ринків, тому вважається важливим економічним законом. Щоб глибше

зрозуміти дію цього закону розглянемо окремо сутність закону попиту і окрему сутність закону пропозиції.

Закон попиту означає, що величина попиту зменшується у мірі збільшення ціни на товар чи послугу. Математично це означає, що між величиною попиту та ціною існує обернено пропорційна залежність:

$$y = a/x$$

Тобто, підвищення ціни викликає зниження величини попиту, зниження ж ціни викликає підвищення величини попиту. Природа самого закону попиту не складна, але реальна картина виглядає складніше. Та в цілому, закон попиту відображає головну тенденцію – згортання об'єму закупівель зі зростанням цін на товари та послуги за умови, коли грошові можливості покупця обмежені певною межею.

Виділяють також нецінові фактори, що впливають на попит:

- рівень доходів суспільства
- розміри ринку
- наявність товарів-субститутів
- інфляційні очікування

Пропозиція характеризує можливість і бажання виробника пропонувати свої товари для реалізації на ринку за певної ціни. Так ми визначаємо і змальовуємо пропозицію з якісного боку. У кількісному ж значенні визначаємо її величиною. Величина пропозиції – це кількість товару чи послуги, бажає і може, згідно наявних ресурсів, запропонувати виробник саме на певний період часу і за певної ціни.

Закон пропозиції – при інших незмінних чинниках величина пропозиції збільшується по мірі збільшення ціни на товар. Зростання величини пропозиції товару чи послуги при збільшенні його ціни зумовлене насамперед тим, що при незмінних витратах на одиницю товару або послуги із збільшенням ціни росте прибуток виробника. Реальна картина на ринку, звичайно, складніша за цю просту схему, але виражена у ній тенденція має місце.

Існують певні фактори, що змінюють пропозицію:

- зміни в собівартості виробництва (зниження собівартості дозволяє виробнику постачати на ринок більше товарів та послуг, зростання ж, навпаки)
- зміни цін на товари-субститути
- перспективні очікування виробників (при прогнозуванні зростання ціни на майбутнє, виробники можуть скорочувати пропозицію, щоб потім продати товар за більш вигідною ціною і навпаки, очікування падіння ціни змусить виробника швидше розпродати товари чи послуги)
- кількість виробників товарів та послуг (чим більше постачальників товару і послуг, тим вище пропозиція і навпаки)

У результаті взаємодії попиту та пропозиції на ринку встановлюється рівноважна ціна, яка урівноважує обсяг пропозиції та обсяг попиту.

Закон попиту і пропозиції в системі охорони здоров'я проявляється, наприклад, у відповідності між попитом населення на медичні послуги та можливостями лікувальних закладів їх надати. Якщо попит і пропозиція тут буде урівноважена, то не буде затримок в госпіталізації пацієнтів, черг на візит до лікаря чи на проведення діагностичних процедур і так далі.

Факторами, які підвищують попит населення на медичні послуги є розширення переліку надання медичних послуг, впровадження в роботу лікарняних закладів нових технологій, високо кваліфікованість персоналу і так далі.

До факторів, які знижують попит населення на медичні послуги є низька якість в обслуговуванні та наданні медичних послуг, відсутність технічних засобів для надання цих послуг, а також перенасичення потреб населення в певних видах медичних послуг.

Також, ефективне функціонування ринкової економіки зумовляється наявністю конкуренції, за якої всі суб'єкти господарської діяльності мають рівні можливості.

Конкуренція – економічне суперництво, боротьба між суб'єктами господарської діяльності за кращі умови виробництва і реалізації товарів та послуг з метою отримання якомога більшого прибутку.[4]

Закон конкуренції виражає внутрішньо необхідні зв'язки між економічними суб'єктами в боротьбі за найвигідніші умови виробництва та за споживача. Але ж ринок не може створити однакові умови для всіх виробників товарів та послуг, тому що діють закони ринку і споживачі обирають ті товари і послуги, які задовольняють їхні потреби.

В галузі охорони здоров'я в ринкових умовах конкурентна боротьба поширена між виробниками медичних послуг – поліклініками, стаціонарами, платними лікувальними установами, тощо. За рахунок конкуренції кожна платна лікувальна установа і лікарі змушені прагнути до збільшення кількості пацієнтів, яких вони обслуговують, що можливо лише при впровадженні більш ефективних технологій профілактики, лікування та діагностики.

Розглянемо ще один економічний закон – закон економії часу. Його сутність полягає в зменшенні спільних затрат робочого часу на виробництво певних товарів чи послуг. Скорочення робочого часу при впливі багатьох факторів економічного і соціального характеру дозволяє з меншими витратами задовольнити економічні потреби та направити дільність і робочий час на задоволення інших, які виникають.

Формами прояву розглянутого закону є такі:

- скорочення робочого часу;
- скорочення зайнятого неробочого часу;
- зменшення тривалості робочого дня.

Кількісне вираження закону економії часу можна подати такою формулою:

$$НВЧ = ЧВ/ЧЗ$$

де ЧВ – вільний час;

ЧЗ – зайнятий час;

НВЧ – норма вільного часу.

Цей закон повною мірою відноситься до системи охорони здоров'я, де економія зайнятого часу здійснюється за рахунок підвищення кваліфікації персоналу, впровадження у практику охорони здоров'я ефективних технологій профілактики, діагностики, лікування і т.д. Узагальнено описані вище закони у вигляді таблиці. (додаток 1)

1.3. Основні показники аналізу економічної діяльності установ системи охорони здоров'я

Галузь охорони здоров'я знаходиться в економічному обороті суспільства, що зумовлює її функціонування на ринкових засадах економіки. Охорона здоров'я все більш залежить від економічного зростання в країні. Тут ми спостерігаємо залежність галузі охорони здоров'я від платоспроможності населення, що в свою чергу впливає на обсяги платних послуг. Стабілізація ж в державному секторі охорони здоров'я дозволяє покластися на розвиток цільових програм, які фінансує держава. Саме тому є необхідність проводити аналіз показників за якими визначаємо ефективну діяльність медичних установ. За рахунок такого аналізу зможемо прослідкувати ефективність функціонування сфери охорони здоров'я в цілому.

Витрати на утримання галузі охорони здоров'я мають тенденцію до постійного зросту, що ставить для нас задачу оцінити ефективність її функціонування та відйти шляхи щоб при мінімальних затратах отримувати максимальний ефект.

Проблемою є узагальнення та уточнення визначення показників оцінювання діяльності сфери охорони здоров'я.

Охорона здоров'я виробляються суспільно споживані блага – медичні послуги, тому має вагоме значення в соціально орієнтованій економіці. Тому не дивно, що багато уваги приділяється саме ефективності галузі охорони здоров'я. Визначити показники за якими побачимо на скільки ефективно

працює охорона здоров'я дуже складно, адже на кожному рівні надання медичних послуг є свої пріоритети.

Економічна ефективність в охороні здоров'я базується на пошуку найбільш економічно вигідного використання вже наявних ресурсів.

Економічна ефективність в охороні здоров'я має 2 напрямки, що відтворенні на рисунку 1.5):

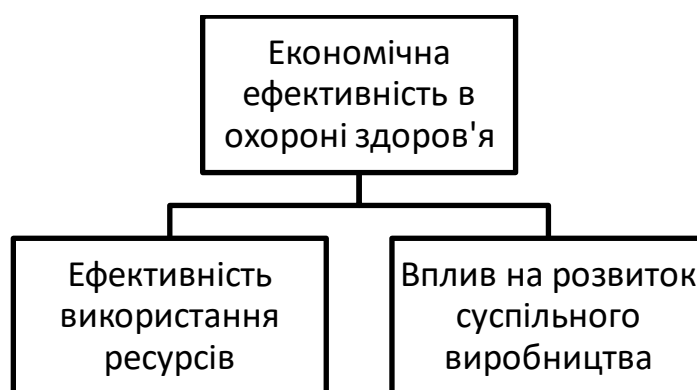


Рисунок 1.5 Економічна ефективність в галузі охорони здоров'я

З представленої таблиці бачимо, що до уваги беруть ефективність використання ресурсів по відношенню впливу охорони здоров'я на суспільне виробництво. На меті стоїть не зменшення видатків на галузь охорони здоров'я, а пошук можливостей, шляхів та методів їх раціонального використання.

Для визначення економічної ефективності охорони здоров'я зіставляють витрати та отриманий ефект від надання медичних послуг. Це називається економічним аналізом діяльності охорони здоров'я. При проведенні такого аналізу виділяють напрями:

- використання основних засобів (аналіз структури, руху, технічного стану та ефективного використання основних засобів)
- використання ліжкового фонду

- використання медичної техніки
- фінансові витрати і вартість медичної допомоги (лікування в стаціонарі при наданні екстреної допомоги, витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу і т.д)
- використання трудового ресурсу медичного закладу

Також до уваги беруться такі економічні показники:

- загальний економічний збиток у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю і смертністю;
- відвернений економічний збиток;
- критерій економічної ефективності медичної допомоги.



Рисунок 1.6 Економічний аналіз діяльності медичних установ

Основними засобами є матеріальні активи, які лікувальні заклади використовують у процесі надання послуг, здавання в оренду іншим особам або для здійснення адміністративних і соціо-культурних функцій, очікуваний строк корисного використання яких більше одного року. [5]

Знос основних фондів – це часткова або повна втрата основними фондами споживчих властивостей і вартості, в процесі їх експлуатації або бездіяльності. Існує фізичний та моральний знос. Фізичний знос – це втрата технічних властивостей та характеристик, а моральний знос – знецінення

діючих основних фондів за рахунок появи нових дешевих і продуктивніших видів.

Аналіз використання ліжкового фонду передбачає обґрунтування кількості госпіталізованих хворих, визначення резервів для підвищення обсягу роботи стаціонару і на базі цього проведення розрахунку потреб, який буде обґрунтований.

До основних показників використання ліжкового фонду відносять:

- обіг ліжка
- кількість госпіталізованих хворих
- середнє значення днів роботи ліжка
- середнє значення виражене в кількості днів перебування хворого на ліжку
- середній час простою ліжка.

З метою оцінки ефективного використання робочого часу медичного обладнання використовують коефіцієнти: календарного використання роботи обладнання та змінності роботи обладнання.

Коефіцієнт календарного використання обладнання характеризує ступінь його використання та визначається формулою:

$$K_{\text{кал}} = t_{\text{ном}} / K_{\text{календ}}$$

$t_{\text{ном}}$ - фактичне значення часу використання обладнання у відповідності до режиму роботи закладу

$K_{\text{календ}}$ - календарний фонд робочого часу обладнання.

Аналіз ефективності використання трудових ресурсів має певні етапи:

1. кількісні та якісні характеристики трудового ресурсу
2. рух персоналу
3. використання робочого часу
4. продуктивність праці
5. оптимальність системи оплати праці

Цікавим є проведення фармакоеконічного аналізу, де проводяться дослідження, порівняння витрат і результатів альтернативних медичних технологій, цільових програм, фармакологічних засобів та визначаються їх переваги як для людини, суспільства, так і для системи охорони здоров'я в цілому. Метою цього аналізу є: оцінка вартості одиниці здоров'я при інвестуванні коштів в медичні технології та програми; пошуки шляхів мінімального використання обмежених ресурсів для максимального задоволення потреб населення у медицині; дослідження впливу медичних технологій на популяцію; розробка національних та регіональних формулярів витрати на які відшкодовують страхові організації; визначення гарантованого обсягу надання медичної допомоги населенню і таке інше.

Основними методами фармакоеконічного аналізу є:

- витрати-ефективність (використовується при оцінці двох різних методів, які призводять до одного результату, мета його обрати не найдешевший варіант, а найефективніший, який за оптимальними витратами гарантуватиме кращий результат)
- мінімізація витрат (такий метод використовується коли порівнюємі результати мають однакові клінічні результати, він простий і ефективний для порівняння, наприклад, лікування в лікарні чи денному стаціонарі, але він не враховує показники здоров'я пацієнтів, бо сумнівним залишається поняття «однакові» клінічні результати)
- витрати-вигода (використовується для визначення більш вигідного розподілу ресурсів під час визначення між двома та більше платних медичних програм і таке інше)

Показники економічного аналізу діяльності лікувального закладу доцільно порівнювати в динаміці за кілька років, а також з показниками однотипних установ.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ КНП ОМР «ОБУХІВСЬКА БЛІЛ»

2.1 Загальна характеристика діяльності лікувального закладу КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ»

Комунальне некомерційне підприємство «Обухівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» була заснована 22.11.1996 року.

Комунальне некомерційне підприємство Обухівської міської ради «Обухівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» (КНП ОМР «ОБЛІЛ») Обухівського району є лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної та спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом КНП ОМР «ОБЛІЛ». Юридична адреса: 08704, Київська область, м. Обухів, вулиця Каштанова, будинок 52. Лікарня розділена на дві частини - друга частина лікарні знаходиться в місті Українка, вул. Київська буд 1.

До реформ 2012 року установа мала назву Обухівська центральна районна лікарня, до структури якої входила Українська районна лікарня, швидка допомога, Обухівська стоматологічна поліклініка.

З 01.01.2013р. від Обухівської ЦРЛ відокремились працівники швидкої та невідкладної допомоги та було створено Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

З 01.01.2014р. шляхом відокремлення від Обухівської ЦРЛ було утворене Комунальний заклад Обухівської районної ради «Обухівська районна стоматологічна поліклініка».

З 01.01.2013р. була відокремлена терапевтична частина Обухівської ЦРЛ та створено Обухівський районний центр первинної медико-санітарної

допомоги, та в 2018 року перейменованій на Комунальне некомерційне підприємство Обухівської міської ради «Обухівський міський центр первинної медико-санітарної допомоги», до складу якого входять 5 міських амбулаторій загальної практики сімейної медицини та відділення невідкладної медичної допомоги».

Терапевтичне відділення № 2, що знаходилось в с. Германівка, в 2016 році було закрито.

Українська районна лікарня в 2017 р. повністю ввійшла в склад Обухівської ЦРЛ.

З листопада 2018 року Обухівська ЦРЛ змінила назву на Комунальне некомерційне підприємство Обухівської районної ради «Обухівська центральна районна лікарня». З лютого 2021 року рішенням районної ради підприємство передано у власність Обухівської міської ради, в зв'язку з чим 09.03.2021 р. змінила назву на КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ОБУХІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ «ОБУХІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ».

На базі КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ» створені такі підрозділи як поліклініка №1 м.Обухів, та поліклініка №2 м.Українка – де надається вузькоспеціалізована консультативно-діагностична допомога населенню.

Для дітей сформовані на базах поліклінік дитяча поліклінічна частина з лікарями вузьких спеціальностей: лікар-офтальмолог дитячий, лікар-отоларинголог дитячий, лікар-ортопед-травматолог дитячий, лікар-хірург дитячий, лікар-педіатр (профілактики інфекційних захворювань), лікар-інфекціоніст дитячий та ін..

КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» Обухівського району у своїй діяльності керується Конституцією України, Законами України, постановами Верховної Ради України, указами і розпорядженнями Президента України, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, Статутом та іншими нормативними актами.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику.

- створення умов разом із засновником, 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 і спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, необхідних для забезпечення належної профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності і ведення пологів і післяпологового періоду;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої (високоспеціалізованої) 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 медичних оглядів;
- виробництво лікарських засобів;

- придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;
- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;
- видавнича діяльність (науково-виробничі, науково-практичні, навчальні та довідникові видання);
- видавництво учбової та монографічної літератури;
- навчально-методична, науково-дослідницька робота;
- провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України;
- здійснення іншої незабороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства.

До складу КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» входять:

В поліклінічний підрозділ:

- 1) денний офтальмологічний стаціонар, денний гастроентерологічний стаціонар,
- 2) денний стаціонар педіатричний № 1 та № 2,
- 3) жіноча консультація,
- 4) денний гінекологічний стаціонар,
- 5) протитуберкульозний кабінет,
- 6) психонаркологічне відділення,
- 7) кабінет Довіри (інфекційний),
- 8) діагностичне відділення, ц
- 9) центральна стерилізаційна № 1 та № 2,

- 10) клініко-діагностичні лабораторія № 1 та № 2,
- 11) рентген-кабінет № 1 та № 2,
- 12) відділення відновного лікування поліклініки,
- 13) аптека та ін..

Поліклініка надає амбулаторну, консультативну допомогу населенню міста та закріплених сіл та районів, працює за 5-ти денним робочим тижнем, але деякі спеціалісти працюють також по суботах, Поліклінічний прийом розрахований на 1300 осіб на добу.

Стаціонарну допомогу надає:

- 1) Педіатричне відділення № 1 та № 2,
- 2) Анестезіологічне відділення,
- 3) Терапевтичне відділення № 1 та № 2,
- 4) Отоларингологічне відділення,
- 5) Хірургічне відділення,
- 6) Операційний блок № 1 та № 2,
- 7) Травматологічне відділення,
- 8) Трансфузіологічне відділення
- 9) Відділення невідкладної (екстреної) допомоги лікарні,
- 10) Патологоанатомічне відділення,
- 11) Акушерсько-гінекологічне відділення,
- 12) Інфекційне відділення,
- 13) Неврологічне відділення,
- 14) Відділення екстреної медичної допомоги

Обліковою справою та статистичними показниками, підрахунками, наданням інформації, здачею звітів займається інформаційно-аналітичний відділ (статистика).

Адміністративна частина КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ» має

- бухгалтерія,
- економічний відділ,
- відділ кадрів,

- розрахунковий відділ.
- фахівець з питань цивільного захисту,
- юрисконсульт,
- інженер з охорони праці.

До господарсько-обслуговуючого підрозділу який вирішує справи відносно господарської частини підприємства, до них відносять:

- пральню,
- харчоблок,
- електромонтери,
- слюсарі-сантехніки,
- сторожі,
- водії та ін..

2.2 Аналіз послуг та фінансування лікувального закладу КНП ОМР «Обухівська БЛЛ»

Згідно основних даних можна виділити те що КНП ОМР «Обухівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» після впровадження медичних реформ відчула цілу низку змін таких як відокремлення структурних підрозділів, їх перейменування, скорочення та закриття відділень, скорочення штату та перепрофілювання посад. Не зважаючи на кординальні зміни підприємства КНП ОМР «Обухівська БЛЛ» надалі продовжує свою лікарську діяльність та надає якісну медичну допомогу.

Основними завданнями діяльності КНП ОМР «Обухівська БЛЛ» є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання медичних послуг в порядку та обсязі встановлених законодавством та можна виділити основні аспекти :

- медична практика
- створення доступної та якісної медичної допомоги населенню

- надання пацієнтам відповідно законодавства послуг вторинної (спеціалізованої стаціонарної допомоги) на безоплатній та платній основі.
- Надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної допомоги на безоплатній та платній основа.
- Надання кваліфікаційно-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим(стауціонарно-акушерської допомоги та неонатальної допомоги).
- Цілодобовий прийом хворих, потерпілих, вагітних в передпологовому та пологовому періоді які доставляються бригадою ЕМД або безпосередньо звертаються до відділення надання екстренної медичної допомоги
- Забезпечення медичної допомогою пацієнтів відповідно профілю згідно показань та рівня лікарні
- Забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря на первинному та вторинному рівнях
- Організація допомоги третього та четвертого рівня у разі потребив на базі інших лікувальних закладів
- Організація взаємодії з іншими лікувальними закладами
- Проведення експертизи тимчасової непрацездатності та направлення осіб при потребі на МСЕК
- Проведення аналізу діяльності та якості лікувально-діагностичного процесу
- Підготовка, перепідготовка та підтримування кваліфікаційного рівня медперсоналу
- Проведення санітарно-просвітницької та профілактичної роботи серед населення.
- Виробництво лікарських засобів на базі власної аптеки
- Придбання, зберігання, перевезення та знищення психотропних, наркотичних засобів згідно чинного законодавства

- Надання платних медичних послуг
- Отримання та обробка персональних даних про пацієнтів
- Надання медичної допомоги на умовах страхової медицини
- Надання паліативної допомоги
- Навчально-методична та науково-дослідницька діяльність

КНП ОМР «Обухівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» являється базою для медичного коледжу, та може бути медичною базою для вищих навчальних медичних та фармацевтичних та науково-дослідницьких закладів, та закладів післядипломної практики що відображається в наданні проходження післядипломної практики лікарям усіх видів спеціальностей як первинного та і вторинного рівнів надання допомоги.

КНП ОРР «Обухівська центральна районна лікарня» має вузькопрофільних спеціалістів різних спеціальностей. Тому надання медичної допомоги здійснюється за різними зверненнями та з різними хворобами, що відображено кількістю пролікованих випадків в різнопрофільних стаціонарах та вказано час перебування пацієнтів в стаціонарі.

Показники дають нам змогу оцінити та порівняти діяльність стаціонару у 2018-2020 роках.

Таблиця 2.1

Діяльність стаціонару за 2018 рік

	Поступило	Померло	Ліжко-день	Ліжко-день на 1-го хворого
Усього	10680	196	97194	9,1
Терапевтичне відділення	1561	23	16359	10,4
Інфекційне (дорослі)	540	4	4318	7,9
Інфекційне відділення (діти)	458	0	2254	4,9

Хірургічне відділення	1033	21	12349	11,9
Травматологічне відділення	593	0	8731	14,7
Урологія	294	3	2705	9,2
Вагітність та пологи	149	0	1288	8,6
Патологія	466	0	3306	7,1
Гінекологія	935	0	7185	7,6
Неврологічне відділення	1354	42	10004	7,4
ЛОР відділення	706	2	6576	9,3
Педіатричне відділення	1090	0	8776	8,1
Звернення за іншими показниками	260	90	746	2,8

Таблиця 2.2

Діяльність стаціонару за 2019 рік

	Поступило	Померло	Ліжко-день	Ліжко-день на 1-го хворого
Усього	10079	223	91744	9,1
Терапевтичне відділення	1739	35	17904	10,2
Інфекційне (дорослі)	218	2	227	1,5
Інфекційне відділення (діти)	160	0	757	5,0
Хірургічне відділення	1082	27	14029	13,0
Травматологічне відділення	568	1	7457	13,0
Урологія	319	1	3163	10,0

Вагітність та пологи	146	0	1239	8,5
Патологія	433	0	3165	7,3
Гінекологія	979	0	6824	6,9
Неврологічне відділення	1398	52	9908	7,0
ЛОР відділення	626	2	6127	9,8
Педіатричне відділення	910	1	7151	7,8
Звернення за іншими показниками	293	93	863	2,9

Таблиця 2.3

Діяльність стаціонару за 2020 рік

	Поступило	Померло	Ліжко-день	Ліжко-день на 1-го хворого
Усього	7708	302	64761	8,4
Терапевтичне відділення	1156	31	10444	9,0
Інфекційне (дорослі)	523	13	3781	7,2
Інфекційне відділення (діти)	107	0	641	5,9
Хірургічне відділення	971	35	11495	11,8
Травматологічне відділення	487	1	5951	12,2
Урологія	194	1	1883	9,7
Вагітність та пологи	157	0	1233	7,8
Патологія	372	0	2080	5,6
Гінекологія	705	0	4451	6,3

Неврологічне відділення	1158	70	8043	6,9
ЛОР відділення	377	2	3547	9,4
Педіатричне відділення	477	0	3156	6,6
Звернення за іншими показниками	288	130	1134	3,9

Провівши аналіз можемо прослідкувати, що в період з 2018 року по 2020 рік середній ліжко-день перебування 1-го хворого в стаціонарі зменшився на 8%, що свідчить про ефективність роботи, яка зменшує логістичні затрати на лікування пацієнта. Динаміка в дії відображена на діаграмі.

Для більш раціонального порівняння використання ліжкового фонду стаціонарного профілю додамо таблицю з кількість ліжок на кожне відділення, що може дати змогу оцінити поглиблено використання ліжок на рік.

Таблиця 2.4

Кількість ліжок у розрізі за відділеннями

Усього у тому числі:	285.00
Терапевтичні	50.00
Кардіологічні	20.00
Гастр.д/дорослих	5.00
Інфекц.д/доросл.	10.00
Інфекц.д/дітей	10.00
Хірург.д/доросл.	35.00
Травм.д/дорослих	20.00
Уролог.д/доросл.	10.00
Д/вагітн.та род.	10.00
Патолог.вагітн.	15.00

Гінекол.д/доросл.	20.00
Неврол.д/доросл.	30.00
Отолар.д/доросл.	20.00
Педіат.сом.в т.ч:	30.00

Виходячи з загальних даних про загальну кількість хворих пролікованих на ліжках стаціонарів за 2020 рік -64761хворий можна вичислити кількість хворих на добу (64761:365=177) отже в середньому на добу перебуває на стаціонарному лікуванні 177 хворих при потужностях на 285 хворих, це відображається в відсотковому співвідношенні (177x100% : 288 = 61,6 %) 61,6% це фактична частка використання потужностей ліжкового фонду. За такою формулою розрахуємо відсоткове використання за кожним відділенням за 2018-2020 роки що буде відображено в таблиці згідно підрозунку за формулою:

$$1. \quad F = N / E$$

$$2. \quad W = \frac{F}{M} \times 100\%$$

$$3. \quad W = \frac{N/E}{M} \times 100\%$$

E – рік (365 діб)

N – хворі за рік в стаціонарі

F – кількість хворих за добу

M – загальна кількість ліжок в стаціонарі

W – відсоткове використання ліжкофонду

Аналіз використання ліжкового фонду ха відділеннями за 2018-2020 рр.

	2018		2019		2020	
Терапія 70к\м	44	64%	49	70%	28,6	40%
Інфекція 10к\м	11,8	110%	0,6	6%	10,3	100%
Інфекція дитяча 10к\м	1,7	17%	2,0	20%	1,7	17%
Хірургія 45к\м	41,2	0,9%	47,1	104%	31	69%
Травматологія 20к\м	23,9	110%	20	102%	16,3	81,5%
Вагітність та пологи 10к\м	3,5	35%	3,3	33%	3,3	33%
патологія та гінекологія 25к\м	28,7	110%	27,3	100%	18	71%
Неврологія 30к\м	27,4	91%	27,1	90%	22	73%
ЛОР 20к\м	18,0	90%	16,7	83%	9,7	48%
Педіатрія 30к\м	24,0	80%	19,5	65%	9,7	32%
Всього	266	92%	251	87%	177	61%

Після підрахунків використання ліжкового фонду ми можемо відокремити відділення які хронічно не доопрацьовують ліжковий фонд, при

цьому використовується кількість персоналу як і при стаціонарах, які використовують ліжковий фонд в повному обсязі.

Оглянувши данні про фінансування за роки з 2019 по 2020 які викладені в таблицях.

Таблиця 2.6

Загальний кошторис у 2019 році

№з/п	Назва КЕКВ	Разом кошторис
1	Оплата праці та нарахування (заголом)	67 474 548,00
2	Заробітна плата	55 430 961,00
3	Нарахування на оплату	12 043 587,00
4	Використання товарів і послуг	14 640 330,97
5	Предмети, матеріали, обладнання	1 431 590,00
6	Медикаменти та перев'язувальний матеріал	2 928 887,14
7	Продукти харчування	1 852 900,00
8	Оплата послуг(крім комунальних)	989 478,00
9	Видатки на відрядження	126 100,00
10	Оплата комунальних послуг	7 311 375,83
11	Оплата теплопостачання	4 532 115,00
12	Оплата водопостачання та водовідведення	798 500,00
13	Оплата електроенергії	1 868 607,00
14	Оплата інших енергоносіїв та інших комунальних послуг	112 153,00
15	Виплата пенсій і допомог	170 300,00
1	Всього	82 285 178,97

В зв'язку з тим що підприємство на етапах реформування переходить на оплату за пакетами надання послуг від НСЗУ з другого квартала 2020 року , перший квартал підприємство отримувало з 01.01. – 01.04.2020 року медичні субвенсії від держави та місцевих бюджетів, а з 01.04.2020 року оплата за пакетами наданих послуг та за перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг підприємство заробило помірну кількість фінансів що відображено в таблиці оплати послуг за пакетами згідно договору НСЗУ.

Оплати послуг за пакетами згідно договору НСЗУ

№	Пакети послуг	сума
1	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарах	11 175 473,55
2	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без хірургічного втручання	20 941 056,90
3	Медична допомога при пологах	1 871 286,90
4	Амбулаторна вторинна та третинна медична допомога	11 422 052,71
5	Мамографія	57 970,08
6	Езофагогастродуоденоскопія	860 448,08
7	Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ	36 001,20
8	Лікування осіб з психічними та поведінковими розділами в наслідок вживання опіоїдів з використанням препаратів замісної терапії	10 398,98
9	Стаціонарна медична допомога хворим з COVID-19	326 318,98
10	Перехідне фінансування	6 311 981,72
11	Всього	53 103 988,84

Можемо підрахувати данні за 2020 рік За пакетами НСЗУ (з 01.04.-31.12.2020) та медичними субвенціями (субвенції за період 01.01.2020 - .01.04.2020 рік)

Медичні субвенції(за період 01.01.2020 -01.04.2020 рік)

Назва КЕКВ	Разом кошторис
Оплата праці та нарахування(заголом)	83 503 334,00
Заробітна плата	56 430 961,00
Нарахування на оплату	27 072 747,00
Використання товарів і послуг	14 640 330,97
Предмети, матеріали, обладнання	1 131 590,00
Медикаменти та перев'язувальний матеріал	3 728 857,14
Продукти харчування	1 802 750,00
Оплата послуг(крім комунальних)	989 478,00
Видатки на відрядження	126 100,00
Оплата комунальних послуг	7 311 375,83

Оплата теплопостачання	4 532 115,00
Оплата водопостачання та водовідведення	798 500,00
Оплата електроенергії	1 868 607,00
Оплата інших енергоносіїв та інших комунальних послуг	112 153,00
Виплата пенсій і допомог	170 300,00
Всього	120 715 489,00

Враховуючи всі данні можна підвести підсумки про нераціональне використання ліжкового фонду лікарні, яке за собою супроводжує неможливість підприємством досягнути повний об'єм фінансування згідно договорів за пакетами послуг надання медичної допомоги населенню.

Приведені таблиці використання ліжкового фонду можна привести відділення які хронічно недоопрацьовують ліжковий фонд при цьому затрачують людський та технічно-матеріальний потенціал підприємства (інфекція дитяча 17 %; вагітні та пологи 33 % ; ЛОР 48% ; Педіатрія 32 % ;) що призводить до зменшення пролікованих випадків та недоотримання коштів від НСЗУ за пакетами послуг, при тому ж використовується збільшений матеріально-технічний та людський потенціал який потрібно оплачувати в такому ж розмірі, як і інші відділення які приносять суттєвий дохід підприємству.

Медичний та обслуговуючий персонал закладу – являється стабільним та високопрофесійним колективом, який має свої традиції та постійно збільшує свою культуру обслуговування. Керівництво спрямовує свої сили і уміння на вдосконалення матеріальної бази, покращення медичного та побутового обслуговування пацієнтів.

У 2020 році в КНП ОМР «ОБЛІЛ» кількість працюючих на районному бюджеті всього 532 чол., з них:

1. 91 лікарів
2. 240 середніх медпрацівників
3. 238 чол. молодший медичний персонал
4. інший персонал 65 чол., в тому числі спеціалісти 18 чол.

Кількість працюючих на спецкоштах – 11 осіб, з них 5 лікарів, 5 середнього персоналу, 1 спеціаліст.(рис 2.1)



Рисунок 2.1 – Чисельність медичного персоналу

Укомплектованість штатних посад фізичними особами –81,3%, з них лікарями – 81,1%, середнім персоналом – 82,0%, молодшим персоналом – 79,6%. Атестовано із загального числа працівників 100,0% на рівні району (у районі – 100,0%).

З огляду на теперішній час кадровий потенціал становить 569 ставок, з них фактично зайнятих 532, що свідчить про дефіцит медичного персоналу, який відображено в відсотковому співвідношенні до укомплектованості потребуючих потужностей підприємства.

З 240 осіб середнього медичного персоналу 144 мають вищу категорію, що становить 60%, 23 – першу, що становить 9,6%, 14 – другу, що становить 5,8%, 59 осіб категорії немає – 24,6%.

В штаті середнього медичного персоналу КНП ОМР «ОБЛІЛ» працює 2 фельдшера, обидва з яких мають вищу категорію. В акушерсько – гінекологічній службі працює 14 акушерок, 9 з яких мають вищу категорію, 3-

першу, 1 – другу, 1- акушерка без категорії. Найбільше середній медичний персонал представлений сестрами медичними – 188 осіб, що складає 78% від загальної кількості медичного персоналу, з них вищу категорію мають – 111 осіб, що складає 59%, першу – 15 осіб, що складає 8%, другу – 13 осіб, відповідно 7%, без категорії – 49 осіб, що складає 26%

Таблиця 2.9

Штатний розподіл персоналу лікарні за кваліфікаційними категоріями

	Загальна кількість	Вища категорія	Перша категорія	Друга категорія	Без категорії
Лікар	91	31	22	5	33
Фельдшер	2	2			
Акушерка	14	9	3	1	1
Сестра медична	188	111	15	13	49
Лаборант	23	19	2	0	2
Рентгенлаборант	8	2	3		3
Медичний статистик	5	1			4
Всього разом	331	175	45	19	92

Відповідно порівнюючи розподіл категорій в структурі всього медичного персоналу та сестер медичних, які складають більшість серед середнього медичного персоналу, більшість складає вища кваліфікаційна категорія. Далі серед середнього медичного персоналу слідує персонал без категорії, а серед сестер медичних – кількість персоналу першої і другої категорії майже рівна. Це може свідчити про оновлення штату та подальшу зацікавленість персоналу у підвищенні кваліфікаційної категорії.

Серед лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію та лікарів без категорії показник майже однаковий, що свідчить про одномоментне оновлення лікарського складу молодими спеціалістами за останні 3 роки.

Отже, можна скласти загальну оцінку щодо нерегулярності оновлення персоналу за віковими показниками, але також і про зацікавленість персоналу працювати на місцях без подальшого пошуку нового місця роботи.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ КНП ОМР «ОБУХІВСЬКА БЛІЛ»

3.1 Вдосконалення системи економічного управління КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ»

На сьогодні ми знаходимося в епісі реформування основ медицини та управління лікувальних закладів вцілому, що є необхідною умовою їх функціонування в майбутньому. Розглянемо систему економічного управління КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ» та віднайдемо шляхи оптимального розподілу ресурсів в даному лікувальному закладі.

Виділемо необхідні умови оптимального розподілу ресурсів закладів охорони здоров'я, до яких належать:

- стимуляція ініціативи праці
- розвиток матеріально-технічної бази лікувального закладу
- формування власної фінансової бази лікувального закладу

Зробивши огляд літератури по нашому питанні та проаналізувавши дані КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ» виділено низку причин, що не дають забезпечити оптимізацію роботи підприємства за новими поглядами. До них належать:

- нестача висококваліфікованого медичного персоналу
- низька спроможність в налагодженні системи збору інформації
- нестача в бюджетній системі
- нераціональне використання поліклінічної та стаціонарної допомоги
- неможливість провести повноцінний фінансовий аудит

Такі перелічені проблеми змушують визнати, що підприємство потребує змін в управлінському підході. Актуальним також залишається питання реалізації економічних методів управління лікувальним закладом в

умовах його самостійності, адже низка проблем призвела до обмеження повноважень, які потребує підприємство для прийняття організаційних рішень та подальшого перспективного розвитку.

В Україні для вирішення таких проблем впроваджено перехід до нової системи фінансування закладів охорони здоров'я, що базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що людина сама обирає заклад чи лікаря для обслуговування, а держава має сплатити за надані послуги. Така медична реформа передбачає відсутність стабільного щорічного кошторису в лікарняному закладі, який залежить від змін в бюджеті держави чи регіону і приведе до автономності медичних закладів, які будуть отримувати плату за результатами своєї діяльності.

Ефективність економічного управління закладу визначається за двома системами: функціональною та забезпечувальною.

До складу функціональної системи відносимо:

- формування локальних протоколів (уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність)
- формування клінічного маршруту пацієнта (алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я, які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні)

В склад забезпечувальної системи входить:

- нормативність (стандарти та нормативи, що узагальнені та впроваджені МОЗ)
- забезпечення кадровим потенціалом
- організаційно-правове забезпечення (закони, права та обов'язки закладу охорони здоров'я)
- постійне оновлення інформаційних платформ

Дослідивши модель державного правління автономізації медичних закладів за працями Світлани Лукаш та Олександра Маслака з Сумського НАУ (том 9, №1 за 2021) та провівши детальний аналіз КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ» маємо можливість відокремити власну модель управління лікувального закладу.

Стратегічним напрямком даної моделі управління включає впровадження законопроекту України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.17 №2168-VIII.

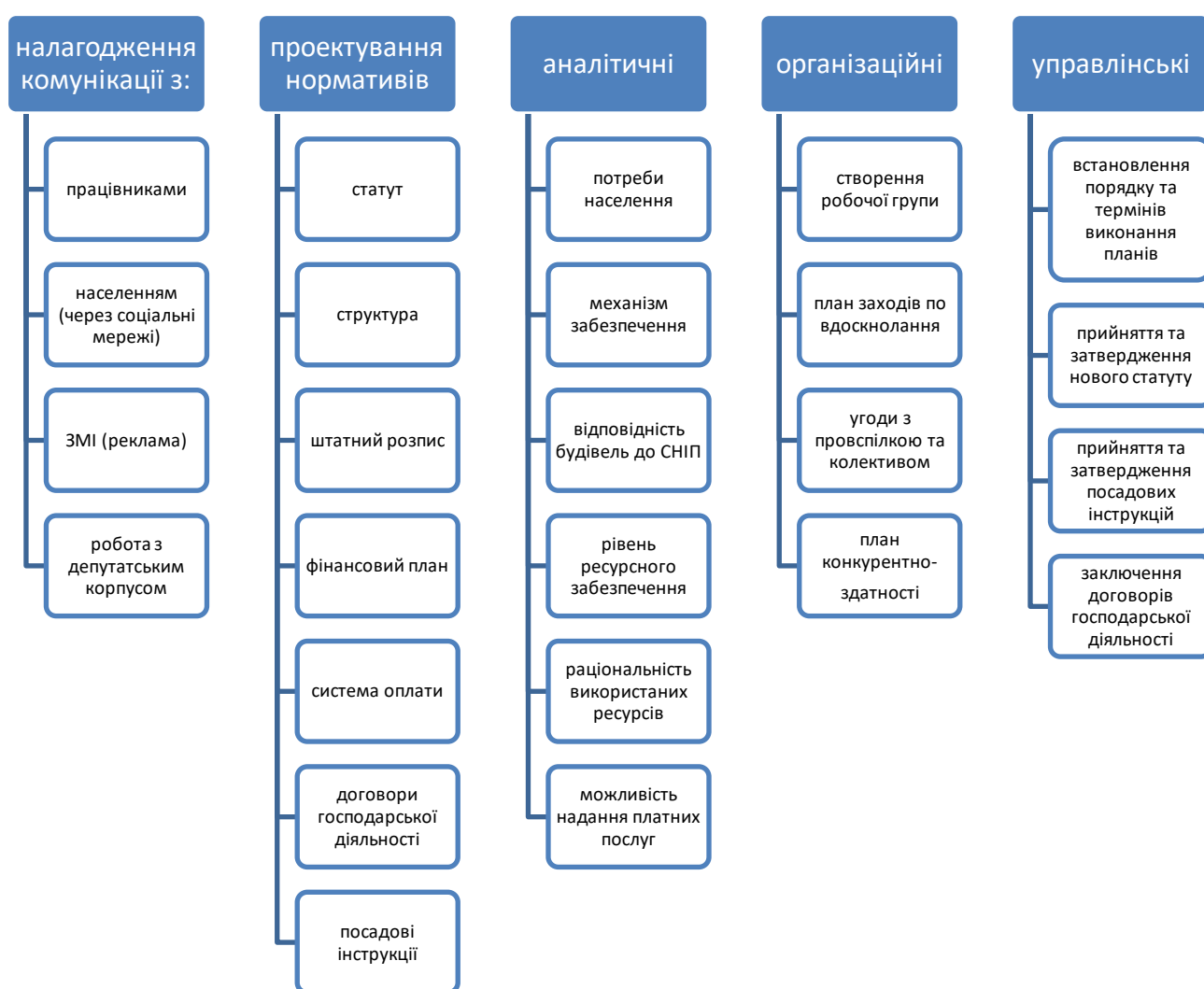


Рисунок 3.1 - Механізм управління КНП ОМР «Обухівська БЛІЛ»

3.2 Побудова економіко-математичної моделі за даними КНП ОМР «Обухівська БЛЛ»

Для побудови економіко-математичної моделі використаємо дані суб'єкту дослідження (таблиця 2).

Для попереднього аналізу використаємо графічний метод, побудуємо в MS Excel точкову діаграму залежності виконання кошторису від вартості одного ліжкадня за даними таблиці, додавши лінію тренду.

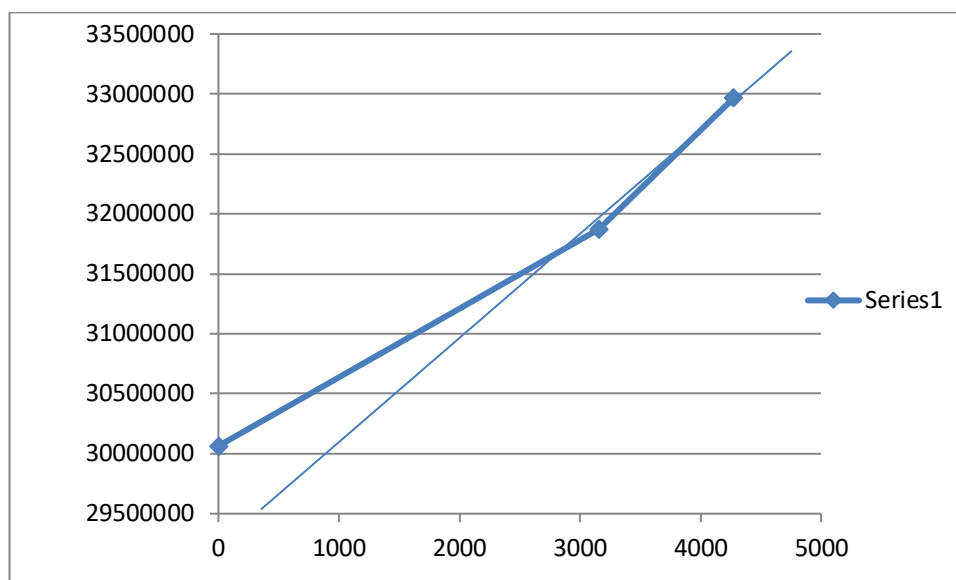


Рисунок 3.2 – Графік залежності виконання кошторису від вартості ліжкадня

Таблиця 3.1

Статистичні дані лікувального закладу «Обухівської БЛЛ»

Рік	Вартість 1-го ліжка дня, x	Виконання кошторису, y
2018	2815	30064200
2019	3162	31869798
2020	4277	32967272
Середнє	3418	31633756

Також ми можемо в загальному оцінити ефективність роботи поліклінічного відділення.

Таблиця 3.2

**Статистичні дані поліклінічного відділення лікувального закладу
«Обухівська БЛЛ»**

Рік	Кількість хворих	Кошти	Вартість прийому
2018	716804	12841328	17,9
2019	598925	10835889	18,1
2020	614642	11422052	18,6
Середнє	506803	11699756	18,2

Згідно цих даних можна побудувати графік залежності від кількості прийнятих хворих та отриманих коштів.

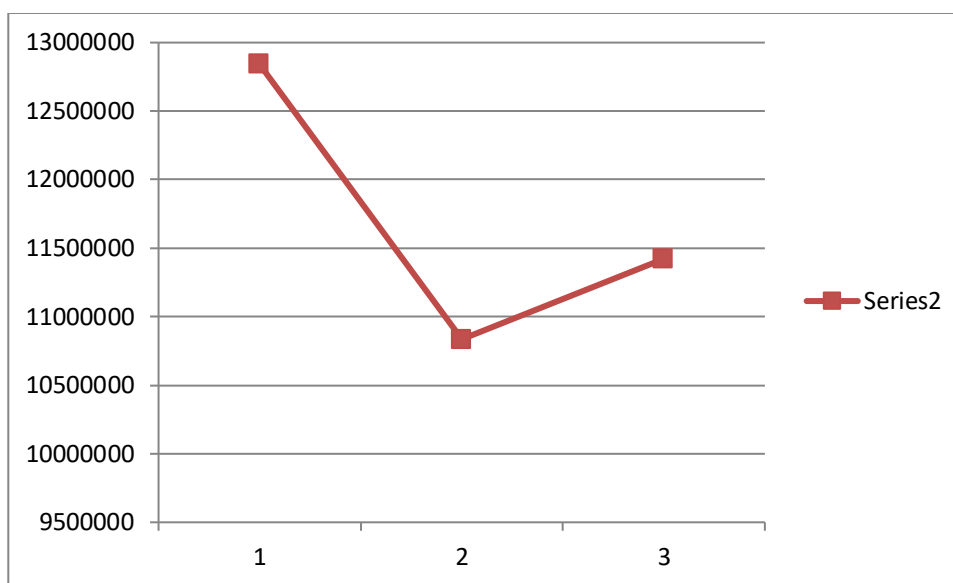


Рисунок 3.3 - Графік залежності від кількості прийнятих хворих та отриманих коштів

Взявши до уваги підрахунок можливостей середнього показника X та маючи середній показник потужностей на добу поліклініки та стаціонару окремо можна підрахувати можливі фінансові прибутки.

$$P_{\text{приб}} = (x_{\text{ном}} * x_{\partial}) \times 250$$

$P_{\text{приб}}$ – прибуток за кількість звернень в полікліну до лівкарів

$x_{\text{ном}}$ – сума за звернення за пакетом

x_{∂} – максимальна потужність лікарського прийому на добу

250- середня кільксть робочих днів в рік

Використовуючи данні про прибуток за кожне звернення до лікаря (87грн) та використавши формулу можемо підрохуватим можливості поліклініки та оцінити стан використання потужностей

Отримаємо:

$$P_{\text{приб}} = (87 * 1300) \times 250$$

$$P_{\text{приб}} = 28275000\text{грн}$$

За наведеними підрахунками можемо зробити висновок про неповне використання потужностей лікарні, що призводить до недофінансування та зменшення можливостей формування власного бюджету, обмежує можливість формувати власний незалежний рахунок, не дає можливості від'єднати частину коштів для модернізації підприємства та для побудови технічно нових приміщень.

ВИСНОВКИ

Моделювання та оптимальний розподіл ресурсів лікувального закладу є важливим елементом його ефективного управління. Для побудови моделі необхідно врахувати та дослідити низку факторів, зв'язків, особливостей галузі охорони здоров'я.

Перший розділ присвячено визначенню джерел фінансування системи охорони здоров'я, до яких належать: кошти державного бюджету; кошти місцевих бюджетів; добровільне медичне страхування; фінанси громадських та благодійних організацій; офіційні платежі населення (приватна медична практика); неофіційна оплата послуг. З'ясовано, що, крім державно-бюджетної моделі охорони здоров'я, існують також приватна та соціально-страхова. Визначені їх характерні особливості та недоліки. Зокрема перевагами страхової системи є:

- демократична децентралізована система управління децентралізація; м'яка конкуренція на ринку;
- виражений зв'язок між доходами та послугами; ефективний механізм контролю якості;
- опосередкований механізм оплати МП;
- достатній рівень гарантій;
- багатокладна власність медичної інфраструктури.

Особливості приватної системи такі:

- ✓ демократичність,
- ✓ максимальна децентралізація;
- ✓ багатоканальний механізм фінансування;
- ✓ висока якість медичних послуг;
- ✓ високий рівень задоволення попиту населення;
- ✓ високий рівень комфортності;
- ✓ висока сприйнятливість нових видів медичних послуг;
- ✓ висока адаптивність системи.

Також встановлено, що для вивчення економіки охорони здоров'я використовують різні групи методів, а саме – загальнонаукові (аналіз і синтез, індукція та дедукція, абстрагування та експеримент) та спеціальні економічні методи (балансовий метод, економіко-математичне моделювання та прогнозування, а також статистичний метод). Також встановлено основні економічні закони. Серед основних розглянутих законів виділені такі:

1. Закон вартості,
2. закон попиту,
3. закон пропозиції,
4. закон конкуренції,
5. закон економії часу,

а також з'ясовано їх зміст для лікувальних закладів.

Були з'ясовані основні показники економічного аналізу лікувального закладу, а саме: використання основних фондів належать (фондоозброєність праці персоналу; фондоозброєність медперсоналу; фондівіддача по стаціонару; фондівіддача по поліклініці; фондомісткість по стаціонару); ефективність використання ліжкового фонду належать (обіг лікарняного ліжка; функція лікарняного ліжка; середньорічна зайнятість та середній час простою; виконання плану ліжко-днів; економічні втрати від недовиконання плану; середня тривалість перебування хворого в стаціонарі); ефективність використання медичного обладнання (коефіцієнт календарного обслуговування та коефіцієнт змінюваності); оцінка фінансових витрат (структура фінансових витрат; вартість лікування в стаціонарі; вартість медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних закладах); використання медичного та іншого персоналу.

У другому розділі здійснено загальну характеристика діяльності лікувального закладу КНП ОМР «Обухівська БЛЛ». Досліджено напрямки роботи, серед яких:

1. розвиток матеріально-технічної бази;
2. перебудова та переобладнання благоустрою території

3. підняття рівня медичного обслуговування та запровадження в медичному обслуговуванні нових передових наукових досягнень та технологій;
4. пошук додаткових джерел фінансування; вдосконалення передових методів роботи в нашому закладі і т.д.

Виконано аналіз послуг та фінансування та проведено дослідження фінансово-господарської діяльності.

У третьому розділі для оцінки роботи та подальшого прогнозування сформовано систему економічних показників діяльності «Обухівської БЛІЛ», що складається з блоку абсолютних показників, блоку відносних показників та ключових економічних коефіцієнтів. Вона дозволяє провести ґрунтовний аналіз економічної діяльності закладу.

Побудована модель, на основі якої вивчено залежність використання кількості ліжкового фонду та використання кошторису, використання потужностей поліклінічного підрозділу. Встановлено, що параметри моделі статистично значущі.

Для покращення та подальшого розвитку підприємства потрібно розглянути реформування аналітичного та економічного підрозділів.

Оптимізація роботи стаціонарних підрозділів

- зведення та зменшення ліжок хронічнонедовикористовуючих стаціонарів(ЛОР з терапевтичним відділенням, гінекологічне з акушерством та патології , дитяча та дороса інфекційні відділення)
- зведення одноіменних стаціонарів в одному корпусі (терапевтичний №1 та №2;дитяче відділення №1 та №2;неврологічне відділення та інсультний блок в одному корпусі
- побудова нового хірургічного корпусу для розміщення таких стаціонарів як: акушерство-гінекологія та патологія вагітних. хірургічне відділення, ортопедо-травматологічне відділення,

- вдосконалити та оновити матеріально-технічну базу лабораторнодіагностичного відділення(яка зможе бути --- конкурентноспроможною з частними лабораторно – діагностичними підприємствами)
- оптимізувати роботу поліклінічного підрозділу
- закриття та переведення стаціонарно-поліклінічного корпусу м.Україна (що призведе до зменшення витрат на логістичні та комунальні потреби)
- оновити інструментально-діагностичне відділення
- пошук інших видів фінансування в вигляді платних медичних послуг та залучення грошей страхових компаній

Перераховані заходи дадуть можливість на майбутнє зменшити витрати на комунальні та логістичні потреби, підвищити рівень медичної допомоги населенню. Введення платних послуг та робота з страховими компаніями я паралельне джерело доходу може стимулювати можливість входу до підприємства нових інвесторів як державних так і комерційних підприємств.Стимулюватиме в подальшому повний перехід до формування та розпорядження власним капіталом та бути незалежним підприємством від державного фонду, та заключати лдоговора з НСЗУ як напівкомерційне підприємство.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#top>
2. Економічна теорія: Політекономія: Підручник / За ред. Е45 В.Д. Базилевича.— 6-те вид., перероб. і доп. — К.:Знання-Прес, 2007. — 719 с.
3. Рішення Обухівської міської ради URL: http://obukhiv.golos.net.ua/?p=khronolohiya_zasidan&sp=single&id=4964 Статут URL: <https://obuhivska-rayrada.gov.ua/komunalni-zakladi-sistemi-ohoroni-zdorov%20%80%99ya-ta-socialnogo-zahistu-naselennya-obuhivskogo-rajonu-kiiivskoi-oblasti-10-26-58-30-11-2016/>
4. Закон України „Про страхування”. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> – Заголовок з екрану
5. Фінанси КНП ОМР «Обухівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» URL: <https://clarity-project.info/edr/01994155/treasury>
6. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Августин та ін. ; наук. ред. М. М. Шкільняк. Тернопіль : Крок, 2020.559 с.
7. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text>
8. Бюджетний кодекс України[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text> – Заголовок з екрану.
9. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qsys.com.ua/node/18>. – Заголовок з екрану
10. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.balance.ua/sai/sprav_info/budjetnii_proces/konserpcia_MOZ.html. – Заголовок з екрану.
11. Договір № 4403-Е920-Р000/ 02 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/01994155-01994155-d4403-e920-p000-du02.pdf>

12. . Качула С. В., Стефанишин О. В. Бюджетний потенціал та фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні в умовах реалізації стратегії сталого розвитку. *Науковий погляд: економіка та управління*. 2020. № 3. С. 109-115
13. . Статут URL: <https://obuhivska-rayrada.gov.ua/komunalni-zakladi-sistemi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ya-ta-socialnogo-zahistu-naselennya-obuhivskogo-rajonu-kiivskoi-oblasti-10-26-58-30-11-2016/>
14. . Бюджетний кодекс України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), № 50-51 (2456-VI), ст.572 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n2519>.
15. . Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
16. Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 1709 від 26 липня 2019 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0961-19>.
- 17.

ДОДАТКИ

Таблиця 1. Основні економічні закони та їх використання в галузі охорони здоров'я.

№	Назва закону	Суть економічного закону	Прояв у медичній галузі
1	Закон вартості	Виражає необхідність виробництва й обміну товаром відповідно до його суспільної вартості.	Проявляється у вигляді встановлення цін на медичні послуги, залежності цих цін від витраченої праці і її технічної оснащеності.
2	Закон попиту	Величина (об'єм) попиту зменшується при зростанні ціни товару та при інших незмінних умовах.	Попит населення на медичні послуги підвищують: розширення переліку медичних послуг, впровадження в роботу ЛПУ, нових технологій і т.д. Знижують попит населення на медичні послуги – низька якість медичної допомоги, насичення потреби

			населення в медичних послугах тощо.
3	Закон пропозиції	Відображає залежність між ціною на товар та бажанням і готовністю виробників його виготовляти та реалізувати.	Відповідності між попитом населення на медичні послуги і потенційними можливостями лікувально-профілактичних закладів.
4	Закон конкуренції	Виражає внутрішньо необхідні, сталі, суттєві причинно-наслідкові взаємозв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найвигідніші умови виробництва і реалізації товарів або послуг з метою одержання найбільшого прибутку.	Найбільш поширеним видом конкурентної боротьби є конкуренція, що відбувається між виробниками медичних послуг (ЛПУ: поліклініки, стаціонари й ін.). Розширення кількості пацієнтів можливе лише при впровадженні більш ефективних технологій профілактики, діагностики і лікування.
5	Закон економії часу	Необхідність збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу.	Економія зайнятого часу здійснюється за рахунок підвищення кваліфікації персоналу, впровадження у практику охорони здоров'я ефективних технологій профілактики, діагностики, лікування й ін.

