

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

Шифр _____

Наказ ректора про
кається”

„До захисту допус-

затвердження теми

завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Удосконалення системи прийняття управлінських
рішень в медичному закладі вторинного рівня (на прик-
ладі КНП ”Шосткинська ЦРЛ”»»**

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

Студента гр. УЗ-мз92-ш _____ Ляха Володимира Володимировича

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 _____ Лях Володимир Володимирович .

Науковий керівник: _____ доцент кафедри управління,

кандидат економічних наук, доцент

Лук'яніхін Вадим Олександрович

Суми 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

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

студенту групи УЗ-мз92-ш

Ляху Володимиру Володимировичу

1. Тема роботи «Удосконалення системи прийняття управлінських рішень в медичному закладі вторинного рівня (на прикладі КНП «Шосткинська ЦРЛ»)». затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: надати науково-теоретичне обґрунтування оптимізації управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я вторинного рівня.

4. Об'єкт дослідження: світовий досвід побудови систем управління закладами охорони здоров'я.

5. Предмет дослідження: відносини, що виникають при прийнятті управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: нормативної бази України, монографій, підручників, наукових статей, інтернет-ресурсів, внутрішньої звітності організації, дані спостережень у організації

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
І	Теоретико-методичні основи прийняття управлінських рішень	

II	Аналіз управління медичною установою вторинного рівня	
III	Рекомендації щодо удосконалення прийняття управлінських рішень в медзакладах вторинного рівня	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методичні основи прийняття управлінських рішень.

У розділі 2 студент має провести аналіз діяльності медичної установи вторинного рівня

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи вдосконалення прийняття управлінських рішень в медзакладах вторинного рівня

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ ПІБ
(підпис)

Завдання до виконання одержав

_____ ПІБ
(підпис)

Вступ

В Україні для досягнення високих показників якості життя громадян пріоритетною повинна стати галузь охорони здоров'я. Світова практика демонструє суттєві переваги щодо якості медичних послуг у сфері медицини. В Україні лише починає формуватися правове й економічне поле розвитку охорони здоров'я.

Розширення прав і можливостей медичних закладів на галузевому ринку потребує вдосконалення механізмів господарської діяльності в контексті приведення до світових стандартів системи управління. Саме тому дослідження комплексного механізму управління охороною здоров'я вторинного рівня, процесів підготовки і прийняття управлінських рішень щодо підтримки суспільного здоров'я, можливості надання якісної та ефективної медичної допомоги кожному громадянину суспільства є актуальними і складними проблемами в управлінні системою охорони здоров'я вторинного рівня.

Прикладне значення магістерської роботи полягає в застосуванні системного підходу, статистичного аналізу, методів стратегічного планування та прогнозування, індикативного планування при прийнятті управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня.

Актуальність дослідження зумовлюється необхідністю пошуку сучасної моделі формування та прийняття управлінських рішень з надання медичної допомоги населенню України з огляду на інформатизацію суспільства, появу високовартісних технологій, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, дефіцит фінансування галузі. У таких умовах система підготовки та прийняття управлінських рішень є невід'ємною складовою розв'язання характерних теоретичних і практичних завдань медичних закладів вторинного рівня.

Мета роботи - науково-теоретичне обґрунтування оптимізації управління

процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я вторинного рівня.

Об'єкт дослідження - світовий досвід побудови систем управління закладами охорони здоров'я.

Предмет дослідження – система прийняття управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня.

Наукова новизна результатів полягає в узагальненні існуючих наукових підходів адміністрування закладів охорони здоров'я та їх адаптація до реалій українського сьогодення медичних установ на вторинному рівні.

Відмінність одержаних результатів від відомих раніше:

- проаналізовано стан теоретичних розробок в питаннях управління процесами підготовки, прийняття та контролю управлінських рішень у системі охорони здоров'я як українськими, так і зарубіжними дослідниками;
- визначено основні напрями оптимізації системи управління процесами підготовки та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я на вторинному рівні;
- удосконалено організаційно-функціональну модель системи підготовки та прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

1.1 Система управлінських рішень у сфері охорони здоров'я

Сучасний стан розвитку суспільства характеризується постійною зміною зовнішнього середовища, мінливістю обставин та підвищенням невизначеності

Тому дуже важливо приймати виважені управлінські рішення та своєчасно контролювати діяльність всіх структурних підрозділів закладу, та оцінювати динаміку та ефективність функціонування медичного закладу в цілому. Реалізувати ці потреби дозволяє якісно організована система управління.

У вітчизняній і зарубіжній науковій літературі проблема управління охроною здоров'я є важливим предметом теоретичних та прикладних досліджень у соціальній сфері суспільних відносин. Теоретичні та практичні аспекти питання прийняття й реалізації управлінських рішень у закладах охорони здоров'я розглянуто в працях таких науковців, як В.Г. Воронкова, В.М. Ковальов, С.Ф. Покропивний, Л.І. Шваб, А.В. Шегда та ін.

Проте в економічній літературі продовжується пошук шляхів удосконалення системи стратегічних рішень закладів охорони здоров'я в сучасних умовах.

Процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі. [2]

Плани просуваються вверх-вниз до того часу, допоки всі учасники не

дійдуть згоди. Варто враховувати, що кінцеве рішення має відповідати загальній місії, стратегії організації, завданням, пріоритетам і прийматися в контексті наявних у медичному закладі фінансових ресурсів.

Система управлінських рішень у закладах охорони здоров'я представлена на рис. 1.1.



Рис. 1.1 Система управлінських рішень закладу охорони здоров'я [11]

Усі управлінські рішення мають відповідати таким вимогам:

- бути конкретизованими кількісно: результат кожного управлінського рішення має вимірюватися кількісним показником, досягнення якого буде прийматися як факт виконання;
- характеризуватися терміном виконання;
- бути досяжним: в організації достатньо ресурсів і можливостей для його виконання чи запропоновано план із залучення таких ресурсів чи набуття необхідних можливостей;

– закріплено відповідальну особу за виконання такого рішення. [3]

Прийняття управлінських рішень у закладах охорони здоров'я стосується таких сфер менеджменту:

- планування (організаційне, операційне, фінансове, кадрове, планування розширення/скорочення переліку медичних послуг);
- фінансовий контролінг і управління оплатою праці;
- розподіл ресурсів і кадрові ротації;
- розвиток ресурсів, зокрема використання прогресивних інформаційних технологій, упровадження технологічних інновацій, підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- загальна ефективність – підвищення ефективності й продуктивності медичного закладу.[4]

Узагальнено схему прийняття управлінського рішення подано на рис. 1.2.

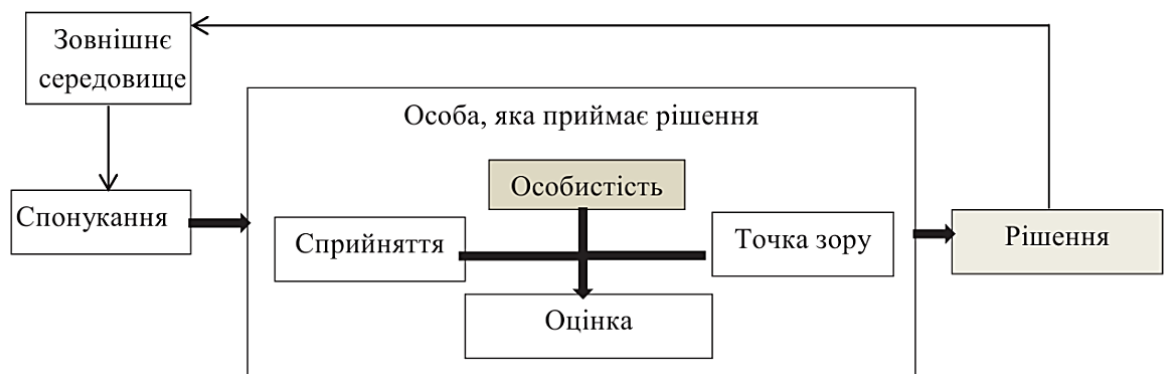


Рис. 1.2 Схема ухвалення управлінського рішення [22]

Охарактеризуємо основні складники процесу ухвалення управлінського рішення. Рішення залежить від особистості, яка його ухвалює. Це найбільш суб'єктивний складник, оскільки характеристики особистості є індивідуальними, залежать як від особистісних рис, так і професійних компетентностей.

Прийняття остаточного рішення про подальший розвиток медичної установи – явище індивідуалізоване, водночас, практикою господарювання розроблено низку типових стратегій, які закладено як основу для усіх інших.

Вибір стратегії медичної організації суттєво впливає на прийняття того або іншого рішення й уявлення про наслідки виконання рішення. На вибір альтернативи управлінського рішення, найбільше впливають пріоритети та інтереси вищого керівництва (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 Ціннісні орієнтації керівників медичного закладу [10]

Орієнтації	Категорії цінностей	Типи пріоритетних цілей медичного закладу
Теоретичні	Знання, навички, кваліфікація, раціональне мислення	Довгострокові дослідження та розробки, активна участь у підвищенні кваліфікації
Економічні	Практичність, корисність	Зростання, прибутковість, результативність, задоволеність клієнтів, динаміка обсягу наданих послуг
Політичні	Влада, визнання	Загальний обсяг капіталу, чисельність працівників, громадська активність керівництва
Соціальні	Добрі стосунки в колективі та з клієнтами, відсутність конфліктів, скарг	Соціальна відповідальність, сприятлива атмосфера в закладі
Естетичні	Художня гармонія, форми та симетрія	Сервіс, якість, комфортність, дизайн
Релігійні	Моральні норми	Етика

Вихідною точкою для прийняття управлінського рішення є ціль, яку необхідно досягнути. Процес виконання рішення передбачає якусь визначену ціль щодо розв'язання проблеми, створення нового рівня виконання чи запобігання небажаній ситуації [9].

Управлінські рішення доцільно розподіляти на два класи: програмовані та непрограмовані. Програмовані рішення добре структуровані, у працівників уже є досвід виконання подібних рішень, імовірність прогнозованих наслідків висока. Такі рішення доцільно прописати у формі процедур чи алгоритмізованих процесів, що спростить їх виконання. Вони характеризуються високим ступенем ефективності виконання та, як правило, раціональні щодо використання ресурсів. [13]

Проблематичними в ухваленні й забезпеченні виконання є непрограмовані рішення. Вони є слабо структурованими, наслідки їх виконання є слабо прогнозованими, у персоналу недостатньо досвіду, містять високий ступінь ри-

зику.

За способом обґрунтування рішення розрізняють інтуїтивні, засновані на суб'єктивних судженнях і раціональні. Інтуїтивні рішення – врахування попереднього досвіду та впливу чинників на основі відчуттів особи, яка приймає рішення.

В основі рішень, заснованих на судженнях, покладено довіру до авторитетного експерта чи аналітика. Менеджер приймає рішення, базуючись на висновках чи рекомендаціях інших фахівців.

Раціональні рішення передбачає визначену послідовність етапів розроблення та ухвалення: діагностику проблеми, формування системи обмежень та критеріїв, окреслення альтернатив, їх оцінку та остаточний вибір.

Окремого дослідження заслуговує проблематика ухвалення індивідуального чи групового рішення. Тут доцільно використовувати підход партисипативного управління. [30]

1.2 Особливості управління неприбутковим комунальним медичним закладом

Реорганізація закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства (далі - КНП) передбачає зміну підходів до управління та планування їх діяльності.

Перетворившись на суб'єкта господарювання заклад охорони здоров'я має дотримуватись порядку планування та звітності, передбаченої для суб'єктів господарювання, який відмінний від планування та звітності бюджетних установ.

На відміну від ЗОЗ - бюджетних установ, планування діяльності яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, планування діяльності ЗОЗ - КНП відбувається відповідно до норм господарського законодавства України.

Зокрема, особливості господарської діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених Господарським кодексом України щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, а також інших вимог, передбачених законом (ч. 10 ст. 78 ГК України). [41]

Однією з особливостей господарської діяльності державних підприємств є їх обов'язок складати і виконувати річний та з поквартальною розбивкою фінансовий план на кожен наступний рік.

Фінансовий план є основним плановим документом, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів. Такі плани зобов'язані розробляти і державні комерційні підприємства (ст. 75 ГК України) і державні некомерційні (казенні) підприємства (ч. 8 ст. 77 ГК України). [41]

Основною метою складання річного фінансового плану підприємства є визначення основних показників фінансово-господарської діяльності підприємства, основних джерел та напрямів спрямування коштів для забезпечення потреб діяльності підприємства, реалізації розвитку Підприємства, забезпечення витрат та виконання зобов'язань, включаючи зобов'язання перед бюджетами та державними цільовими фондами.

Оскільки відповідно до частини 10 статті 78 ГК України особливості діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, з огляду на положення статей 75 та 77 ГК України, комунальні підприємства зобов'язані складати і виконувати фінансовий план. [41]

Тобто, на відміну від ЗОЗ - бюджетних установ, ЗОЗ- комунальні підприємства не складають кошторису.

Строки та порядок розробки фінансових планів та контролю їх виконання державними підприємствами врегульовано ст. 75 ГК України та Порядком складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затвердженим На-

казом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 № 205. [42]

Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передує плановому року. План складається на календарний рік із поквартальною розбивкою.

Управління господарською діяльністю у комунальному секторі економіки здійснюється територіальними громадами та органами місцевого самоврядування щодо суб'єктів господарювання, які належать до комунального сектора економіки.

Комунальні некомерційні підприємства є суб'єктами комунального сектора економіки (ст. 24 ГК України) [41]. Тому відповідна територіальна громада, як власник таких підприємств, має розробити свій локальний нормативний акт, в якому будуть врегульовані питання форми, строків та порядку розробки та затвердження фінпланів, контролю за їх виконанням комунальними некомерційними підприємствами цієї громади. До прикладу, для підприємств, що знаходяться в управлінні Сумської обласної ради діє відповідний порядок та є рекомендації щодо складання фінансового плану підприємствами та звіту про його виконання, порядок підготовки пояснювальних записок до них [26].

Якщо розробляти такий нормативний акт недоцільно, наприклад у громади незначна кількість підприємств, всі ці питання можуть бути врегульовані в статуті конкретного комунального некомерційного підприємства.

Якщо на території громади відсутній відповідний нормативний документ, який би встановлював порядок розробки, строків та форми фінансових планів, то за аналогією закону може бути застосований Порядок складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затверджений Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 № 205. [42]

Як правило проект фінансового плану КНП подає на ознайомлення та погодження уповноваженому органу. Це робиться для того, аби рада або

орган управління внесли до нього зауваження і пропозиції, а в подальшому здійснювала контроль за його виконанням. У фінансовому плані відображаються очікувані фінансові результати КНП на наступний рік.

Затверджувати фінансовий план КНП може його власник. В той же час, відповідно до статті 27 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» власник може делегувати виконавчому органу функції щодо затвердження та контролю виконання.

Наприклад, власник може делегувати фінансовому чи економічному, чи плановому управлінню виконавчого органу виконувати цю функцію. В такому разі КНП буде подавати уповноваженому органу звіти щодо виконання фінансового плану.

До прикладу, може бути застосований нижченаведений алгоритм щодо розробки та затвердження фінансового плану, заснований на аналогії до державних підприємств:

- 1) Подача проекту фінансового плану підприємства.

Проект подається у паперовому та електронному вигляді органу, уповноваженому управляти комунальним майном до 01 червня року, що передує плановому.

У разі необхідності органи управління можуть самостійно встановлювати диференційовані строки подання проектів, але бажано не пізніше 01 червня року.

- 2) Аналіз та прийняття рішення про затвердження.

Органи управління та відповідальні органи управління протягом двох тижнів здійснюють аналіз та приймають рішення щодо затвердження або повернення його на доопрацювання. До розгляду та аналізу фінансових планів підприємств можуть залучатися спеціалісти чи експерти за потребою.

У разі повернення проекту, підприємство подає допрацьований проект на повторне затвердження у термін, установлений органом управління або відповідальним органом управління, але у строк, що становить не більше як

10 робочих днів.

3) Внесення змін.

Зміни до фінансового плану підприємства можуть уноситись один раз на рік, у якому затверджувався такий фінансовий план, та не більше двох разів протягом планового року, якщо інше не передбачено Статутом підприємства або локальним порядком складання та затвердження фінансових планів.

[17]

Зміни до фінансового плану підприємства не можуть вноситись в періоди, за якими минув строк звітування.

Як вже зазначалось відповідна територіальна громада, як власник КНП, має розробити свій локальний нормативний акт, в якому буде затверджена форма фінансового плану.

Зазвичай фінансовий план містить в собі інформацію щодо:

- очікуваних доходів із поквартальним зазначенням їх об'єму (дохід від реалізації послуг (продукції, робіт), ПДВ, інші непрямі податки, інші операційні та фінансові доходи, доходи від участі в капіталі, дотації, фінансова підтримка з місцевого бюджету, благодійна допомога, подарунки та інше);
- очікуваних витрат (собівартість послуг, заробітна плата, адміністративні та господарські витрати, витрати на збут послуг, фінансові витрати, витрати на участь у капіталі, банківські послуги, витрати на проведення ремонтів, службові відрядження, оплата послуг зв'язку, оплата послуг за цивільно – правовими договорами, канцелярські товари, господарські товари, податки та інше);
- фінансові результати діяльності (валовий дохід, чистий дохід, фінансовий результат від операційної діяльності, фінансовий результат від звичайної діяльності (прибуток чи збиток);
- обов'язкові платежі КНП до бюджету;
- індикатори та коефіцієнти для аналізу плану та звіту про його виконання.

[34]

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ УСТАНОВОЮ ВТОРИННОГО РІВНЯ

2.1 Структура управління КНП «ШОСТКИНСЬКОЇ» ЦРЛ

08.02.2019р згідно рішення 19 сесії Шосткинської міської ради від 20.11.2018р., створено Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня».

Загальні дані про базу переддипломної практики наведено у таблиці 2.1

Таблиця 2.1. Загальні дані КНП «ШОСТКИНСЬКА» ЦРЛ [5]

Найменування	Відомості
Адреса	Україна, 41100, Сумська обл., місто Шостка, ВУЛИЦЯ ЩЕДРІНА, будинок 1
Контакти	+380(5449) 7-22-67 shostka.crl@i.ua
Дата заснування	24.03.1998
Код ЄДРПОУ	01981514
Директор	Штогрин Олег Теофільович
Основний вид діяльності	86.10 Діяльність лікарняних закладів
Власники на 13 жовтня 2020	Шосткинська Міська Рада Сумської Облaсті

Лікарня має статус юридичної особи, свій баланс, рахунок в установах банку, статут, штамп і печатку; має право укладати угоди, набувати майнові та особисті немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем в суді і арбітражному суді; веде облік і подає звіт про свою діяльність за відповідними формами та у відповідні строки; інформує відповідні органи охорони здоров'я про випадки внутрішньої лікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події відповідно до наказів МОЗ України та УОЗ. [16]

В структурі КНП "Шосткинська ЦРЛ" функціонують 13 спеціалізованих стаціонарних відділень загальною ліжковою потужністю 340 ліжок.

КНП «Шосткинська ЦРЛ»

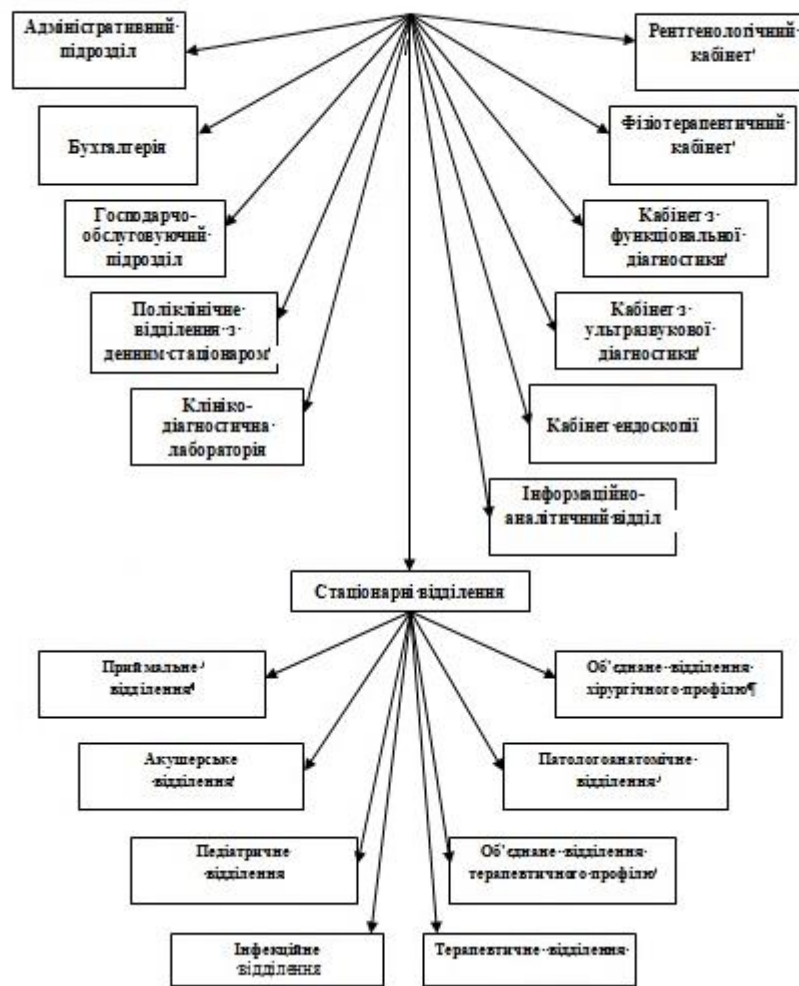


Рис. 2.1 Структура КНП «Шосткинська ЦРЛ» [28]

Організаційна структура закладу КНП «Шосткинська» ЦРЛ складається з наступних підрозділів:

І. Адміністративно-управлінський підрозділ:

- апарат управління;
- відділ фінансового забезпечення;
- інформаційно – аналітичний відділ медичної статистики

ІІ. Діагностично – лікувальні підрозділи:

- хірургічне відділення з урологічними ліжками;
- операційний блок;
- ортопедо-травматологічне відділення з ліжками медичної реабілітації;

- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- гінекологічне відділення;
- акушерське відділення з ліжками патології вагітності;
- офтальмологічне відділення
- отоларингологічне відділення;
- інфекційне відділення;
- терапевтичне відділення
- кардіологічне відділення;
- неврологічне відділення;
- приймально-діагностичне та екстреної допомоги відділення;
- відділення функціональної, ультразвукової діагностики та ендоскопії;
- рентгенологічне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- поліклінічне відділення.

III. Господарська частина

- Кухня
- Автогаражі
- Господарський відділ

КНП "Шосткинська ЦРЛ" є міжрайонним закладом охорони здоров'я для надання висококваліфікованої, спеціалізованої медичної допомоги населенню Шосткинського, Середино-Будського та Ямпільського районів.

Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) має першу акредитаційну категорію, і як комунальне некомерційне підприємство, має наступні переваги перед бюджетним закладом:

- керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

- у ЗОЗ (підприємство) має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- у фінансуванні ЗОЗ зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому ЗОЗ бути більш гнучким та самостійним у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;
- у право ЗОЗ (підприємства) утворювати об'єднання підприємств з іншими ЗОЗ, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів ЗОЗ – членів об'єднання;
- у ЗОЗ (підприємство) може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.[35]

Для організації і надання значного обсягу медичних послуг населенню району лікарня має достатній кадровий і матеріально-технічний потенціал.

На сьогодні в лікарні працюють 842 фахівці, з них 128 лікарів. Атестовано лікарів 99.47%, середнього медичного персоналу 99.21%.

В структурі КНП "Шосткинська ЦРЛ" функціонують 13 спеціалізованих стаціонарних відділень загальною ліжковою потужністю 340 ліжок.

В лікарні постійно проводиться цілеспрямована робота по впровадженню як нових лікувально-діагностичних методик, так і новітніх технологій.

Спеціалізовану стаціонарну допомогу доросле населення Шосткинського району отримує на 340 ліжках, з яких 175, або 51.5% - хірургічного профілю. Планова потужність поліклініки ЦРЛ – 488 відвідувань у зміну. Прийом пацієнтів проводиться за 29 спеціальностями.

2.1 Основні показники діяльності КНП «Шосткинська ЦРЛ»

КНП "Шосткинська ЦРЛ" як автономний заклад охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги фінансується з джерел територіальної громади. В лікарні постійно проводиться цілеспрямована робота по впровадженню як нових лікувально-діагностичних методик, так і новітніх технологій. Щорічно закуповується сучасна лікувально-діагностична апаратура.

Касові видатки станом на 01.02.2020 рік по КНП «Шосткинській ЦРЛ» становили 1135376,66 грн.

Спеціалізовану стаціонарну допомогу доросле населення Шосткинського району отримує на 340 ліжках, з яких 175, або 51.5% - хірургічного профілю.

Планова потужність поліклініки ЦРЛ – 488 відвідувань у зміну. Прийом пацієнтів проводиться за 29 спеціальностями.

Для раціонального та ефективного використання бюджетних коштів та глобального впровадження у сфері державних закупівель товарів, робіт та послуг, що базується на суспільно визнаних опорах ринкової економіки: конкуренції, прозорості, недискримінації та децентралізації - КНП ЦРЛ проводить регулярні конкурсні торги.

Таблиця 1.2 Касові видатки станом на 01.02.2020 рік [5]

Порядковий номер	КЕКВ	Предмет закупівлі	сума, грн
1	2210	Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	17165,82
2	2220	Медикаменти та перев'язувальний матеріал	346357,85
3	2230	Продукти харчування	
4	2240	оплата послуг (крім комунальних)	33000
5	2250	видатки на відрядження	5400
6	2271	Послуги постачання водяної пари і гарячої води	318729,92
7	2272	Обробляння та розподілення води трубопроводами (послуги з водопостачання)	32656,67
8	2273	Енергія електрична	78545,22
9	2274	оплата природного газу	71532,65
10	2275	оплата інших енергоносіїв	
11	2282	окремі заходи по реаліз. програм	
12	2730	інші виплати населенню	231988,53

Порядковий номер	КЕКВ	Предмет закупівлі	сума, грн
13	3110	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	
14	3132	капітальний ремонт	
		Всього:	1135376,66

У порівняння з аналогічним періодом минулого року видатки зросли на 30%, а у порівнянні з 2018 на 40%.

Таблиця 2.2 Касові видатки станом на 01.02.2019 рік [5]

Порядковий номер	КЕКВ	Предмет закупівлі	сума, грн
1	2210	Предмети, матеріал, обладнання та інвентар	14262,96
2	2220	Медикаменти та перев'язувальний матеріал	256413,66
3	2230	Продукти харчування	14691,17
4	2240	оплата послуг (крім комунальних)	14238,5
5	2250	видатки на відрядження	780
6	2271	Послуги постачання водяної пари і гарячої води	
7	2272	Оброблення та розподілення води трубопроводами (послуги з водопостачання)	26907,59
8	2273	Енергія електрична	495490,86
9	2274	оплата природного газу	
10	2275	оплата інших енергоносіїв	321,6
11	2282	окремі заходи по реаліз. програм	
12	2730	інші виплати населенню	46938,83
13	3110	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	
14	3132	капітальний ремонт	
		Всього:	870045,17

Таблиця 2.3 Касові видатки станом на 01.02.18 рік [5]

Порядковий номер	КЕКВ	Предмет закупівлі	сума, грн
1	2210	Предмети, матеріал, обладнання та інвентар	34869,38
2	2220	Медикаменти та перев'язувальний матеріал	297205,5
3	2230	Продукти харчування	3506,13
4	2240	оплата послуг (крім комунальних)	17074,92

Порядковий номер	КЕКВ	Предмет закупівлі	сума, грн
5	2250	видатки на відрядження	
6	2271	Послуги постачання водяної пари і гарячої води	
7	2272	Обробляння та розподілення води трубопроводами (послуги з водопостачання)	56260,15
8	2273	Енергія електрична	299823
		—	23288,16
9	2274	оплата природного газу	
10	2275	оплата інших енергоносіїв	
11	2282	окремі заходи по реаліз. програм	
12	2730	інші виплати населенню	18470,72
13	3110	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	
14	3132	капітальний ремонт	
		Всього:	750498

За 2017 рік в поліклініці ЦРЛ прийнято: 521847 хворих, в т. ч. сільських мешканців - 45970; за 2018 рік - 539043 хворих, в т. ч. сільських – 48343, за 2019 рік - 549950 хворих, в т. ч. сільських – 45646.

Таблиця 2.5 Середня тривалість лікування в КНП «Шосткинська ЦРЛ»

Відділення	Фактично розгорнуто ліжок			Виписано хворих (абс. число)			Середня тривалість лікування (дн.)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
хірургічне	50	50	50	2156	1957	1940	9,3	8,9	8,6
травматологічне	30	30	30	774	779	699	13,5	12,5	13,8
терапевтичне	50	50	50	1437	1410	1319	12,7	11,9	12,1
кардіологічне	30	30	25	881	817	793	9,9	9,6	9,7
інфекційне	25	25	25	708	664	627	12,3	10,2	9,9
шкірно-венерологічне	8	8	8	479	327	303	9,8	9,6	10,0
неврологічне	30	30	30	986	1005	934	10,2	9,5	9,4
ЛОР	20	20	20	1152	967	931	7,8	7,1	7,4
очне	15	15	15	1012	842	846	8,2	7,8	8,3
гінекологічне	30	30	30	1192	1248	1142	9,5	8,4	8,6
пологове	35	30	30	677	635	653	7,1	6,9	6,4
наркологічне	15	15	15	728	792	971	8,2	6,7	6,0
Всього по ЦРЛ	355	350	340	12689	11743	11388	10,0	9,3	9,6

Середня тривалість лікування хворих в КНП «Шосткинська ЦРЛ» знахо-

диться на одному рівні 9,6 і не перевищує середньообласні.

Таблиця 2.6 Соціальна структура хворих, які поступають на стаціонарне лікування

№ з/п	Соціальні групи	2016		2017		2018	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	Інваліди працездатного віку	673	66.0	565	65.1	526	64.2
2	Інваліди війни, учасники війни, учасники бойових дій	198	19.4	170	19.6	153	18.7
3	Потерпілі від аварії на ЧАЕС	83	8.2	75	8.6	71	8.7
4	Інші	65	6.4	58	6.7	69	8.4
5	Всього	1019	100	868	100	819	100

Основною групою госпіталізованих залишається населення працездатного віку. ІВ, УВ, УБД складають в середньому 19.2%, інваліди працездатного віку – 65.1%, потерпілі від аварії на ЧАЕС –8.5%.

Таблиця 2.7 Госпіталізація хворих з інших районів в стаціонарні відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ»

Регіон		2017	2018	2019
Ямпільський район	вибуло	327	339	362
	ліжко/днів	3274	2927	3176
	померло	2	2	5
С-Будський район	вибуло	201	309	235
	ліжко/днів	1924	2630	1950
	померло	3	2	4
Глухівський район	вибуло	95	111	90
	ліжко/днів	818	845	587
	померло	1	-	-
Кролевецький район	вибуло	81	77	66
	ліжко/днів	801	615	524
	померло	-	-	-
Чернігівська область	вибуло	164	184	179
	ліжко/днів	1686	1590	1370
	померло	3	3	1
Інші міста Сумської області	вибуло	61	58	62
	ліжко/днів	485	499	473
	померло	-	1	1
Інші міста України	вибуло	125	142	136

Регіон		2017	2018	2019
	ліжко/днів	1031	1199	1181
	померло	4	2	2
СНД	вибуло	9	8	4
	ліжко/днів	52	76	30
	померло	1	-	-
Всього проліковано	вибуло	1063	1228	1134
	ліжко/днів	10071	10381	9291
	померло	14	10	13

У стаціонарні відділення госпіталізуються хворі, які потребують кваліфікованого обстеження, лікування та цілодобового нагляду медичного персоналу в стаціонарних умовах за направленнями лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів. Всі хворі із загрозливими станами (шок, інфаркт міокарду, інсульт, тромбоемболія тощо) госпіталізуються безпосередньо у реанімаційне відділення після надання медичної допомоги у відділенні. Слід відмітити, щороку в КНП «Шосткинська ЦРЛ» лікується близько 1300 хворих з інших районів області, що свідчить про високий рівень надання медичної допомоги.

Таблиця 2.8 Основні показники діяльності стаціонару КНП «Шосткинська ЦРЛ»

	Показники	2017		2018		2019	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	Виписано з:						
	- одужанням	5541	43.7	4843	41.2	4597	40.4
	- поліпшенням	6323	49.8	6193	52.7	6155	54.0
	- без змін	825	6.5	707	6.0	636	5.6
2	Летальність	185	1.44	187	1.57	213	1.84
3	Госпіталізація планова	3925	30.5	3821	32.5	3747	32.9
4	Госпіталізація екстрена	8764	68.1	7922	67.5	7641	67.1
5	Вибуло, в т.ч. померло	12874	100	11930	100	11601	100

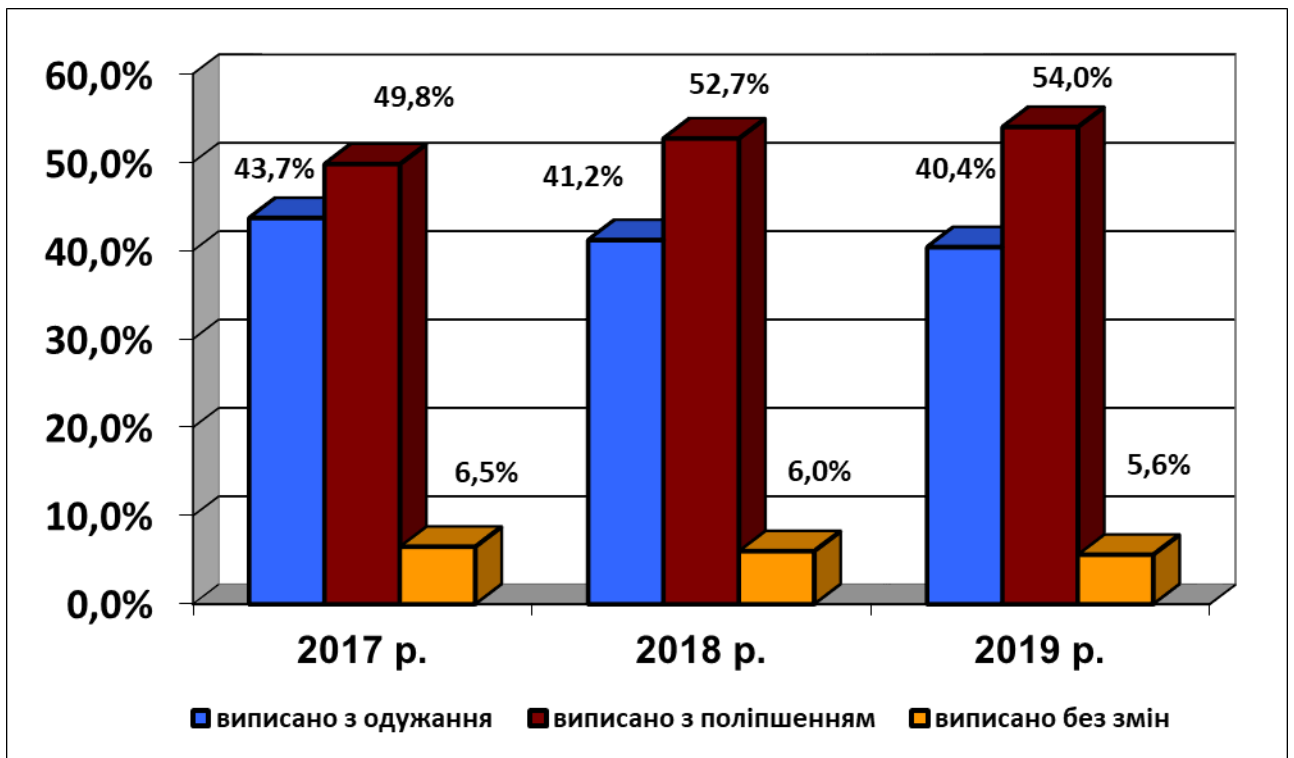


Рис. 2.1 Показники діяльності стаціонару

Аналізуючи дані, слід відмітити, що питома вага виписаних з одужанням в середньому становить 42%, з поліпшенням стану здоров'я – 52%, без змін показник зменшився з 6,5 в 2017 році до 5,6 у 2019 р. Але поряд з цим збільшились показники летальності в лікарні з 1,44 в 2017 р. до 1,84 в 2019 р.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В МЕДЗАКЛАДАХ ВТОРИННОГО РІВНЯ

3.1 Переваги та недоліки в діяльності закладу охорони здоров'я

Проведений аналіз стану справ у КНП «Шосткинська ЦРЛ» доводить, що управління охороною здоров'я є важливим предметом теоретичних та прикладних досліджень у соціальній сфері суспільних відносин. Стратегічне планування розвитку охорони здоров'я на державному й регіональному рівнях повинно передбачати вирішення таких завдань, як створення ринку медичних послуг, виходячи із забезпечення реальної можливості вибору громадянами медичної установи і лікаря; підвищення якості медичного обслуговування та профілактичних заходів; реорганізація мережі медичних установ, у тому числі їх роздержавлення; забезпечення стабільності фінансування системи охорони здоров'я, фармацевтичної й медичної промисловості; розробка й впровадження розширеного набору медичних послуг; організація діяльності санітарної служби для оперативного контролю над якістю продовольчих товарів; ліквідація умов виникнення епідемій тощо.

При взаємодії лікаря і пацієнта у КНП «Шосткинська ЦРЛ» враховується 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.[23]

Виходячи з цього якість медичної допомоги характеризуються структурою, процесом і результатом якості організації та надання медичної допомоги. При цьому оцінка якості медичної допомоги проводиться по відношенню: до конкретного пацієнта; до групи пацієнтів визначених одним нозологічним захворюванням, класом захворювання чи станом, а також іншими чинниками (час та день тижня госпіталізації в стаціонар; сільська чи міська місцевість проживання; спосіб доставки на госпіталізацію тощо); до конкретного лікаря, структурного підрозділу та ЗОЗ в цілому.[12]

Однією з найбільш важливих сучасних проблем у галузі державного управління є розробка нових методів фінансування медичної галузі на основі врахування закономірностей її розвитку. Хоча Україна має досить розвинену інфраструктуру медичних закладів і за їх кількістю щодо кількості населення випереджає країни Європейського Союзу, але при цьому рівень захворюваності, інвалідності та смертності в Україні вищий, ніж у розвинених країнах. Це пояснюється тим, що в зазначених країнах система охорони здоров'я діє головним чином як профілактична і зосереджує свою увагу і практичну діяльність не тільки на лікуванні, а насамперед на запобіганні захворюванням, що, власне, має стати стратегічним і для України. [23]

З 1 вересня 2020 року медичні працівникам підвищено заробітну плату, а саме +70% (3561 грн.) посадового окладу для лікарів та +50% (2362 грн.) для медичних сестер, +25% (1181 грн.) для молодших медичних сестер.

Головним чинником, що зумовлює необхідність радикального реформування системи охорони здоров'я, є неможливість, з одного боку, забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування галузі, а з другого – запровадити ефективні моделі для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг.

Оптимізація процесів підготовки та прийняття управлінських рішень – це ступінь відповідності прийнятих заходів чинним медичним стандартам, пристосованості до потреб пацієнтів, раціональному використанні коштів та досягненні відповідних результатів. Упровадження принципів покращення управлінських рішень у системі охорони здоров'я вимагає застосування комплексного підходу, зокрема економічних та професійних стимулів, розробки інформаційно-комунікативних механізмів поширення інформації, механізму зворотного зв'язку з громадськістю для розробників управлінських рішень. [40]

3.2 Рекомендації щодо прийняття управлінських рішень в сфері фінансування

В процесі реорганізації діяльності сфери охорони здоров'я на районному, обласному та загальнодержавному рівнях в Україні керівникам органів державного управління та закладів галузі доцільно використовувати досвід Проекту Європейського Союзу фінансування та управління у сфері охорони здоров'я. [15]

Накопичений практичний досвід проведення реформ на місцевому рівні в Україні вказує на те, що можливі два стратегічних підходи щодо покращення ефективності та якості медичного обслуговування в Україні. Перший з цих підходів існує в межах чинного законодавства про місцеве самоврядування та положень Бюджетного кодексу України і може бути реалізований шляхом прийняття необхідних управлінських рішень на обласному, міському, районному рівнях та на рівні громад. Другий підхід пов'язаний з запровадженням системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗДСМС), основними принципами якої є багатоканальний механізм формування консолідованого бюджету на охорону здоров'я, підвищення прозорості розподілу фінансових ресурсів на основі механізму договірних відносин, перехід від постатейного кошторису оплати виробників послуг до методу глобального бюджету, клініко-статистичних груп та з розрахунку на одного жителя, покращення якості медичного обслуговування. Запровадження ЗДСМС базується на відповідному законодавчому полі, окремі основні принципи якого вже апробовані на практиці, зокрема стосовно еволюції організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я від бюджетних установ до комунальних підприємств (автономізація постачальників медичних послуг) та запровадження системи державних закупівель цих послуг на договірній основі. [1]

Передусім пропонується суттєво розширити позабюджетні джерела фінансування охорони здоров'я: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних

громад, цільові медичні збори, добровільні внески та пожертви юридичних та фізичних осіб тощо. За рахунок державного та місцевих бюджетів, а також коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування передбачається забезпечувати гарантований обсяг безоплатних медичних послуг, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги і створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я.

Однак ключовим елементом реформи сфери охорони здоров'я має стати запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Механізм фінансування такої системи передбачає створення Національного фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Цей Фонд формуватиметься за рахунок страхових внесків роботодавців для страхування працюючих, а також бюджетних та інших джерел. Застраховані громадяни матимуть право на отримання медичної допомоги на всій території України згідно з базовим або територіальним стандартами медичної допомоги, а також на вільне прикріплення до лікаря первинної медико-санітарної ланки. Розрахунки із закладами охорони здоров'я мають здійснюватися Національним фондом та територіальними фондами соціального страхування. [26]

У багатьох країнах світу удосконалення системи підготовки та прийняття управлінських рішень стало однією з основних проблем удосконалення системи охорони здоров'я в цілому. Сучасні підходи до управління надання медичної допомоги можуть бути значною мірою реалізовані через вплив на складові його забезпечення шляхом механізму бюджетного і страхового фінансування, запровадження стандартів лікувального процесу та визначення задоволеності пацієнтів медичною допомогою, яка надається. [16]

Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення включає сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність об'єктів і суб'єктів охорони

здоров'я з метою створення оптимальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги й охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення й охорони індивідуального і громадського здоров'я населення.

В умовах ринкової економіки проблема прийняття управлінських рішень тісно пов'язана з урахуванням економічних перетворень у системі охорони здоров'я. Однак ринкові перетворення в охороні здоров'я спричинені й відбуваються під впливом внутрішніх реформ, а саме запровадження медичного страхування і розвитку платних послуг. Проте перехід галузі на ринкові відносини передбачає значну підготовчу роботу: розробку концептуально-методологічних засад та принципів функціонування охорони здоров'я в умовах ринку, вироблення ефективної економічної стратегії державного управління охороною здоров'я, механізмів ціноутворення та забезпечення якості медичного забезпечення. [21]

Зазначено, що ринкові відносини у сфері охорони здоров'я не можуть мати стихійний, нерегульований характер і що їх дія має бути обмежена. З'ясовано необхідність чіткого розмежування напрямів діяльності в системі охорони здоров'я, де на досягнення найкращих медико-соціальних результатів необхідно спрямовувати ринкові економічні механізми.

Загалом перехід охорони здоров'я на ринкові відносини передбачає також зміни в господарському механізмі галузі. Для того, щоб прагнення до вигідних видів медичної допомоги не позначалася згубно на системі охорони здоров'я в цілому дієвий господарський механізм самої охорони здоров'я має поєднувати: централізоване бюджетне фінансування провідних лікувальних і навчальних медичних центрів країни; фінансування за рахунок місцевих бюджетів профілактичної роботи; фінансування за рахунок страхових внесків інших видів медичної допомоги; переведення окремих видів медичної допомоги на платну основу.[27]

Висновки

Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного. Її мета - забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт.

Реформа системи охорони здоров'я на рівні КНП "ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ще не завершена, однак вона покликана зробити систему охорони здоров'я більш ефективною і доступною, що відповідає потребам населення України.

Проведене комплексне дослідження механізмів управління формуванням, прийняттям та контролем за впровадженням управлінських рішень щодо суспільного здоров'я та медичної допомоги населенню, з'ясувало причини їх невідповідності сучасним суспільним потребам, що дало змогу запропонувати напрями їх розвитку, а саме впровадження зворотного зв'язку за результатами моніторингу громадської та експертної думки; урахування особливостей регіональної стратифікації за основними показниками стану громадського здоров'я, прогнозування їх динаміки та використання стратегічного планування щодо попередження погіршення стану здоров'я окремих територіальних громад, а також індикативного планування щодо суспільно необхідних очікуваних результатів.

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19.

За цих умов першорядного значення у функціонуванні системи охорони здоров'я набувають чинники напрацьовані у європейському досвіді прийняття управлінських рішень які ґрунтуються на науковій системі розв'язання завдань і викликів сьогодення.

Актуальність удосконалення систему охорони здоров'я значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах су-

спільної діяльності. Зокрема, стандарти на системи управління якістю встановлюють вимоги і рекомендації до управлінських процесів як складової загальної системи управління підприємством і мають позитивний досвід використання в системах охорони здоров'я розвинених країн світу.

В Україні за збереження певного рівня кадрового та матеріального потенціалу охорони здоров'я саме такий підхід в управлінні доцільно використати як той, що найкраще підходить в умовах недостатності бюджетних коштів всіх рівнів, погіршення якості життя, збільшення незадоволеності вітчизняною медициною що створює підґрунтя для соціальної напруги.