

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра: публічного управління та адміністрування
(повна назва кафедри)

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Нова парадигма управління в сфері охорони
здоров'я: перехід від державного управління
до публічного управління
(на прикладі КП «Хмельницький міський центр
первинної медико-санітарної допомоги № 2»)»

Виконала: студентка магістратури за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування заочної форми навчання Рудь В.Я.

Керівник: Ваганова Л.В., доцент кафедри, кандидат економічних наук, доцент

Рецензент: _____

АНОТАЦІЯ

Рудь В. Я. Нова парадигма управління в сфері охорони здоров'я: перехід від державного управління до публічного управління (на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»). – Рукопис.

У магістерській роботі запропоновано розв'язання актуального наукового завдання, яке полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я України, розроблені шляхів підвищення ефективності роботи та стратегічного розвитку комунального некомерційного підприємства.

Для цього розкрито зміст теоретико-правової характеристики публічного управління у сфері охорони здоров'я, розкрито сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я.

Проведено аналіз сучасного стану впровадження Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні, за яким визначено значні обсяги споживання послуг амбулаторного прийому та виклику додому в розрахунку на одного пацієнта за рік із розподілом за віковими групами витрат закладу на надання послуг за викликом додому. Це дозволило на основі чутливості спрогнозувати обсяг споживання послуг у розрахунку на одного пацієнта на рік для проектування капітаційної ставки, яка є основою для фінансування первинної ланки з НСЗУ.

Здійснено моніторинг виконання завдань стратегічного розвитку КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» за такими цілями як: автоматизація процесу збору та обробки медичної інформації; покращення доступності та якості медичних послуг; забезпечення закладу матеріально-технічним оснащенням; упорядкування місць очікування пацієнтів; забезпечення робочих місць медичного персоналу комп'ютерним обладнанням; організація та облаштування в амбулаторіях кабінетів здорової дитини та місць для дитячих візків; покращення умов перебування працівників та пацієнтів в закладі.

Ключові слова: публічне управління, сфера охорони здоров'я, ефективність діяльності, стратегічне управління, прогнозування вартості медичних послуг.

SUMMARY

Rud V. Ya. A new paradigm of management in the field of health care: the transition from public administration to public administration (on the example of MI «Khmelnysky City Center for Primary Health Care № 2»). - Manuscript.

In the master's thesis proposes the solution of the actual scientific problem which consists in substantiation of theoretical and methodological bases of realization of public management in the field of public health services of Ukraine is offered, the ways of increase of efficiency of work and strategic development of the municipal nonprofit enterprise are developed.

To this end, the content of the theoretical and legal characteristics of public administration in the field of health care is revealed, the essence and functions of the system of public health care management are revealed.

An analysis of the current state of implementation of the Concept of reforming the health care financing system in Ukraine, which determines the significant consumption of outpatient and home call services per patient per year with the distribution by age groups of the institution's costs for home call services. This allowed, based on sensitivity, to predict the consumption of services per patient per year to design the capitation rate, which is the basis for the financing of the primary level of the NHS.

The implementation of the tasks of strategic development of MI «Khmelnysky City Center for Primary Health Care № 2» was monitored for such purposes as: automation of the process of collection and processing of medical information; improving the availability and quality of medical services; providing the institution with material and technical equipment; arranging patient waiting areas; providing workplaces for medical staff with computer equipment; organization and arrangement of outpatient clinics for healthy children and places for baby carriages; improving the living conditions of employees and patients in the institution.

Keywords: public administration, health care, efficiency, strategic management, forecasting the cost of medical services.

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПАРАДИГМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Теоретико-правова характеристика публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	9
1.2. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ВІТЧИЗНЯНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
2.1. Сучасний стан впровадження Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні	25
2.2. Загальна організаційно-економічна характеристика діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2».....	33
РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» НА ЗАСАДАХ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	42
3.1. Прогнозування вартості послуг первинної медичної допомоги на основі аналізу чутливості	42
3.2. Шляхи підвищення ефективності роботи та стратегічного розвитку КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2».....	46
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми. Формування системи охорони здоров'я будь-якої держави передусім залежить від її національних пріоритетів та політичної волі керівництва держави. Цілком логічно, що під дією різноманітних факторів виникатиме потреба у зміні стратегічних підходів до збереження здоров'я та надання медичних послуг і все більше відчувається вплив глобальних ініціатив на розвиток медичної галузі загалом та України зокрема. Нажаль, Україна як держава з низьким доходом намагається посилити національні та регіональні заходи щодо подолання інфекційних та неінфекційних захворювань з допомогою різних механізмів, здебільшого залучаючи для цього міжнародну технічну допомогу та адаптуючи свої стратегії до міжнародних вимог. Необхідно окремо виділити і чинник політичної нестабільності, який також має надзвичайно суттєвий вплив на вибір нашою державою стратегії розвитку медичної галузі, відображаючись у безперервній боротьбі за владу серед конкуруючих інтересів здоров'я населення. При цьому погляд на здоров'я слід розглядати через об'єктив політичних детермінант (різних політичних сил, інститутів, процесів, інтересів та ідейних позицій), які впливають на здоров'я в різних політичних системах і культурах та на різних рівнях управління.

З метою утвердження дефрагментарної ролі держави у процесах охорони здоров'я та забезпечення системи національної безпеки в умовах кризи особлива увага має бути приділена запровадженню нової ідеології політики охорони здоров'я постмодерної держави. Такий контекст передусім ставить питання про перехід від класичної до неокласичної парадигми у сфері охорони здоров'я, який базується на поєднанні принципів ефективності та справедливості, які забезпечують реалізацію трьох концептуальних ідей комплексного забезпечення здоров'я населення (задоволення індивідуальних пріоритетів; пріоритет ефективності над справедливістю; вибір споживача як основи розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я). Сьогодні поява нової парадигми управління в сфері охорони здоров'я, що передбачає перехід від державного управління до публічного управління, є важливою вимогою часу.

Оскільки модель переміщення пріоритетів у сфері охорони здоров'я слугує вирішенню багатьох соціальних проблем, обумовлених відповідними кризовими ситуаціями, і чітко ідентифікує механізми розподілу ресурсів у межах держави на систему охорони здоров'я. Остання, аби слугувати своєрідній дефрагментації ролі сучасної держави, має базуватись, передусім, на ідеалах соціальної справедливості, а відтак забезпечувати рівність, довіру, транспарентність надання медичних послуг. З огляду на це, сфера охорони здоров'я у сучасному суспільстві має бути найвищою соціальною цінністю, яка не лише формально, але й реально має забезпечувати утвердження солідарності та справедливості.

Аналіз наукових досліджень дає підстави стверджувати, що вплив глобальних ініціатив розглядається українськими науковцями, зокрема Т. Семигіною [48], Р. Войтович [16], здебільшого з політичного чи економічного погляду [60], тоді як управлінський взаємозв'язок між глобальними ініціативами та охороною здоров'я відображено в основному в працях зарубіжних науковців [61; 62; 63]. Проте на окрему увагу заслуговують питання реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку нашої держави.

Мета та завдання дослідження. Метою магістерської роботи є систематизація теоретичних та методичних основ публічного управління сфери охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети в магістерській роботі вирішуються наступні завдання:

- розглянути теоретико-правову характеристику публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- розкрити сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я;
- проаналізувати сучасний стан впровадження Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні;

- здійснити організаційно-економічну характеристика діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»;
- спрогнозувати вартість послуг первинної медичної допомоги на основі аналізу чутливості;
- запропонувати шляхи підвищення ефективності роботи та стратегічного розвитку КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2».

Об'єктом дослідження є аналіз публічного управління як нової парадигми управління охороною здоров'я.

Предметом дослідження виступають теоретичні та методичні основи аналізу публічного управління КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2».

Методи дослідження. Для розв'язання визначених завдань, досягнення мети використовувався комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження – загальнонаукові та спеціальні методи, а саме: теоретичні: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми; термінологічного аналізу для визначення базових понять і подальшого розвитку понятійно-категорійного апарату дослідження; порівняльно-зіставний метод використано для вивчення поточного стану сфери охорони здоров'я в Україні; за допомогою методу типологізації визначено існуючі форми конкуренції на ринку медичних послуг, які зумовлюють системні зміни у сфері охорони здоров'я; метод моделювання використано для прогнозування вартості послуг первинної медичної допомоги; гіпотетико-дедуктивний – для рефлексії наслідків системних змін щодо упровадження механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я й верифікації практичних рекомендацій щодо удосконалення досліджуваного об'єкта; емпіричні: спостереження для розв'язання завдань дослідження; математичної статистики: кількісного аналізу, інтерпретації даних дослідження.

Теоретичною основою дослідження виступили праці вітчизняних та зарубіжних фахівців з питань публічного управління сфери охорони здоров'я та

стратегічного розвитку комунальних некомерційних підприємства, матеріали спеціалізованої періодичної преси, нормативно–правові матеріали, фінансова та статистична звітність та інші матеріали підприємства.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні положення магістерської роботи доведено до рівня практичних рекомендацій, які можуть застосовуватися в процесі стратегічного управління комунальним некомерційним підприємством, що належить такій галузі економіки як охорона здоров'я та можуть бути використанні у діяльності закладів, організацій та підприємств інших галузей.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПАРАДИГМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретико-правова характеристика публічного управління у сфері охорони здоров'я

На сьогодні сфера охорони здоров'я виконує покладені на неї функції, насамперед, фінансування й належного адміністрування. В основу адміністрування покладена нормативно-правова база, що визначає правове положення органів, установ і посадових осіб у сфері охорони здоров'я. Саме шляхом адміністрування система організації медичної допомоги набуває чіткості й ефективності, що сприяє найповнішій реалізації покладених завдань [52, с. 227-228].

У численних наукових роботах і навчальних виданнях використовуються поняття «державне / публічне адміністрування». Однак законодавчого закріплення жодних з них немає. Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України [2] і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Господарського кодексу України, законів України «Про засади зовнішньої та внутрішньої політики», «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», «Про державні цільові програми», «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» тощо.

Термін «адміністрування» означає професійну діяльність менеджерів організації або державних службовців, що спрямована на втілення в життя рішень керівництва, тобто реалізацію поставлених засад і пошук оптимальних шляхів їх вирішення. Адміністрування дає змогу досягти поставлених цілей найбільш ефективним способом.

Вперше поняття «адміністрування» в 1887 р ввів майбутній 28-й Президент США В. Вільсон в есе під назвою «Вивчення адміністрації», за допомогою якого було сформовано окремий науковий та освітній напрямок,

який отримав подальший розвиток. У цій роботі В. Вільсон писав: «Мета адміністративної науки полягає в тому, щоб визначити, по-перше, у чому полягає діяльність уряду, а по-друге, як він має здійснювати цю діяльність ефективно і з найменшими фінансовими та енергетичними витратами».

Краще зрозуміти сутність «адміністрування» можна, співвідносячи термін «публічного адміністрування» з терміном «державне управління».

Термін «управління» загалом означає діяльність із керівництвом ким-небудь або чимось. У загальному розумінні управління – це цілеспрямований вплив на складну систему [44, с. 428].

Згідно з «Енциклопедією державного управління», категорія «державне управління» - це діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для якомога повнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами [31, с. 157].

На думку В. Авер'янова, під державним управлінням варто розуміти особливий та самостійний різновид діяльності держави, який здійснює окрема система спеціальних державних органів – органів виконавчої влади [8, с. 6].

Г. Атоманчук вважає, що державне управління – це практичний, організуючий і регулюючий вплив держави (через систему власних структур) на суспільну і приватну життєдіяльність людей із метою її упорядкування, збереження або перетворення, що спирається на її владну силу [10, с. 33].

Іноді це поняття трактується як діяльність всіх державних органів із врегулювання суспільних відносин, організацію всіх сторін життя суспільства [9]. Інші науковці визначають державне управління як специфічну діяльність держави, що дістає вияв у функціонуванні її органів, які безперервно, плавно, владно і в рамках правових установлень впливають на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до державних інтересів [19].

Державне управління – це діяльність особливого роду, зміст якої полягає у виконанні правових актів шляхом різних форм організаційного впливу на

суспільні явища та процеси [8, с. 12]. Інакше кажучи, державне управління – це матеріалізований вияв державної влади; соціальна функція держави, що націлена на досягнення поставлених загальносуспільних цілей та завдань [27, с. 62].

Дефініція «публічне управління» часто ототожнюється з «державним управлінням». Адміністрування саме по собі є управлінською діяльністю. Адміністрування – це прерогатива виконавчих органів влади або чиновника (державний службовець) [56].

Прийнято вважати, що еволюція підходів до розуміння публічного адміністрування починається, коли з'являтиметься самостійне поняття «публічний службовець» [39, с. 18-20].

Переосмисленню змісту і спрямованості реформ публічного адміністрування з позицій подальшого вдосконалення демократії і розвитку правової держави сприяють кардинальні зміни в зовнішньому глобалізованому світі, що відбуваються на початку ХХІ ст., зокрема, трансформація сутності і ролі держави в суспільстві, розвиток інформаційних технологій, незадоволення громадян жорсткими бюрократичними формами державного управління.

Публічне адміністрування протягом ХХ ст. розвивалася як невід'ємна частина політичної науки у відриві від предметного поля і відходів, розроблених у менеджменті [58].

Науковці продовжують сперечатися, яке з понять ширше (управління чи адміністрування), проте зазвичай до ширшої категорії відносять управління, а публічне адміністрування розглядають як функціональну ланку.

Розглядаючи управління та адміністрування у контексті категорії «публічність», виокремлюють мовну специфіку, коли Public administration перекладають як державне управління, ототожнюючи ці поняття, що відповідає європейському підходу до визначення. Водночас у США розрізняти поняття державного і публічного управління, інколи виділяючи в окрему категорію «публічне управління», що відповідає американському підході.

У вузькому розумінні публічне адміністрування розглядається як професійна діяльність державних службовців, яка включає всі види діяльності, спрямовані на реалізацію рішень уряду, як міждисциплінарна академічна сфера, що базується на теорії та концепціях економіки, політичних наук, соціології, адміністративного права, менеджменту. У широкому сенсі під публічним адмініструванням розуміють всю систему адміністративних інститутів з ієрархією влади, за допомогою якої відповідальність за виконання державних рішень спускається зверху донизу [56].

Згідно з «Енциклопедією державного управління», публічне адміністрування є різновидом управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки якій держава та суспільство забезпечують самокерованість усієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямку [31, с. 489].

У глосарії Програми розвитку ООН знаходимо твердження про те, що термін «публічне адміністрування» має два тісно пов'язаних значення [13]:

1) цілісний державний апарат (політика, правила, процедури, системи, організаційні структури, персонал), який фінансується коштом державного бюджету і відповідає за управління і координацію роботи виконавчої гілки влади та її взаємодію з іншими зацікавленими сторонами в державі, суспільстві та зовнішньому середовищі;

2) управління та реалізація різних урядових заходів, які пов'язані з виконанням законів, постанов та рішень уряду та управління, що пов'язане з наданням публічних послуг [34, с. 107].

В. Мартиненко вважає, що публічне адміністрування є формою реалізації публічного управління, яке здійснюють представницькі органи демократичного врядування через свої виконавчі структури [39, с. 20-21].

К. Колесникова розглядає публічне адміністрування як складову частину публічного управління (врядування), метою якого постає розвиток держави на засадах демократії з використанням ефективних новітніх методів і технологій управління, спрямованих на забезпечення громадян на рівні світових стандартів [36].

Процес трансформації системи державного управління сприяв появі понять «державне управління», «публічне адміністрування». Реформа системи державного управління та спрямованість на Євросоюзу зумовлюють актуальність дослідження сутності зазначених понять.

Поняття «адміністрування» або «публічне управління» упродовж останніх років набуло поширення та передбачає надання адміністративних послуг європейського рівня шляхом впровадження у практику діяльності принципів демократичного управління.

У процесі еволюції публічного адміністрування сформувалось три основних моделі [15, с. 6-13]. «Old Public Management» - класична бюрократична форма організацій за М. Вебером, «New Public Management» - сукупність адміністративно-політичних стратегій реформування, в основу якої покладено переважно тлумачення адміністративної діяльності крізь призму приватної економіки (походить від теорії суспільного вибору і менеджералізму) та «Good Governance», коли найвищий розвиток суспільно-економічної системи характеризує соціально орієнтоване управління та визначає управління на розвинених демократичних засадах.

Адміністрування – це багатопланову визначення, яке охоплює безліч інститутів сучасного суспільства та розглядається крізь призму трьох глобальних підходів: ринково-ліберального, який сформований у концептуальних моделях нового менеджменту, оновленого управління і спирається на ринкову модель «байдужу до політики», де громадян постає в образі споживача; ліберально-комунітаристського, який розвивається в концепції «політичних мереж» і спирається на розвиток структурних взаємин (договірних) між політичними інститутами держави і суспільства, визначає рівність громадян; підходу демократичного громадянства, що спирається на особливе «сприятливе» адміністрування, яке покликане служити громадянину.

На сьогодні публічне адміністрування в Україні перебуває на етапі активного становлення та розвитку, що пов'язано із соціально-політичним станом, зміною законодавчих нормативно-правових актів. Публічне

адміністрування економічними і соціальними об'єктами, процесами, відносинами являє собою невід'ємну, найважливішу частину управління суспільством, країною, регіонами. Початкове призначення публічного адміністрування полягає у внесенні організуючих, впорядкованих починань у життя, існування суспільства, людей і довкілля.

Публічне адміністрування є ширшим поняттям, ніж державне управління, оскільки, крім діяльності органів державної виконавчої влади, охоплює її діяльність органів місцевого самоврядування.

Головним органом публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України є Міністерство охорони здоров'я. Перед вказаним міністерством постало завдання щодо забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечення формування та реалізації державної політики в сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їхніх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечення формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення [4].

Крім Міністерства охорони здоров'я України, суб'єктами адміністрування у вказаній сфері є центральні органи виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України, регіональні органи адміністрування в сфері охорони здоров'я та органи місцевого самоврядування.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я – система заходів, які вживаються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними і

фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за умови максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя [3].

Зберігши певні обсяги надання медико-санітарної допомоги, установи та заклади галузі в окремих регіонах відчують збої. Тож, на порядку денному гостро стоїть питання перебудови. Для того щоб поліпшити стандарти медичного обслуговування, Україні варто шукати можливості для підтримки різних секторів системи охорони здоров'я [26; 59]. Досвід багатьох країн із розвинутою ринковою економікою свідчить, що державний характер охорони здоров'я варто поєднувати з централізованою формою адміністрування та рівномірним існуванням приватної та громадської форми власності.

1.2. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я

Основи законодавства України про охорону здоров'я розглядають охорону здоров'я населення як «систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [3]. Слід визначити, що поняття «система заходів» не повною мірою описує системність в охороні здоров'я, так як і в кожній системі крім заходів повинні бути об'єкт та суб'єкт управління. На думку дослідників Н. Б. Найговзіної та М. А. Ковалевського, для визначення змісту поняття системи охорони здоров'я можливі наступні два варіанти [42, с. 19]:

- система охорони здоров'я – це система суб'єктів, що здійснюють охорону здоров'я громадян;
- система охорони здоров'я – це система відносин, метою якої є охорона здоров'я громадян.

І в першому визначені і в другому відсутній об'єкт управління охороною здоров'я – громадяни, а точніше здоров'я громадян.

Іноземний досвід організації систем охорони здоров'я доводить нам, що пацієнти приймають активну участь у функціонуванні системи охорони здоров'я, в таких сферах як електронна організація охорони здоров'я, забезпечення прав пацієнтів, створення асоціацій пацієнтів, фінансові механізми функціонування системи охорони здоров'я [14].

Більш повним та деталізованим є інше визначення. З.С. Гладун в монографії «Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування та реалізації)» визначає, що «система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення громадянам конституційних прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, надання кваліфікованої медико-санітарної допомоги, здійснення комплексу спеціальних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на діагностику та лікування захворювань, зміцнення здоров'я, підвищення медико-санітарної культури населення, запобігання захворюванням та інвалідності, реабілітацію хворих та інвалідів, організацію роботи закладів охорони здоров'я та управління ними» [24, с. 240].

Це трактування системи охорони здоров'я поєднує в собі дії суб'єкта управління у відповідності до об'єкта, містить в собі перелік сфер медичної та профілактичної діяльності, але не враховує активний регулюючий вплив державних органів та інституцій на систему.

Навпаки, визначення системи охорони здоров'я, що подається на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я трактує це поняття через інститути: «Система охорони здоров'я охоплює всі організації, інститути і ресурси, призначені для виконання дій, основною метою яких є поліпшення здоров'я».

Багатонаціональні системи охорони здоров'я включають державний, приватний, традиційний і неофіційний сектора. Визначено чотири основні

функції систем охорони здоров'я: надання послуг, формування ресурсів, фінансування і керівництво» [21].

На сайті Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я можемо знайти інше за формою визначення: активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя на основі державного забезпечення фінансових гарантій та регуляторного інституційного впливу».

«Система охорони здоров'я гарантують надання послуг, які покращують, підтримують або відновлюють здоров'я людей та їхніх громад. Це включає в себе допомогу, надану лікарями та сімейними лікарями, запобігання та контроль за інфекційними захворюваннями, зміцнення здоров'я, планування трудових ресурсів у сфері охорони здоров'я та поліпшення соціальних, економічних або екологічних умов, в яких живуть люди» [32]. В цьому визначенні також не відображається інституційна та регулююча складова системи охорони здоров'я.

З метою визначення власного поняття системи охорони здоров'я, необхідно згадати що таке система взагалі. В довідниковому матеріалі ми можемо знайти декілька визначень понять «система»: Система (від дав. – гр. *συστήμα* – «сполучення», «ціле», «з'єднання») – множина взаємопов'язаних елементів, що утворюють єдине ціле, взаємодіють із середовищем та між собою і мають мету. Системою називають багато різноманітних понять, як фізичних (нервова система, транспортна система, система керування базами даних), так і логічних (банківська система, політична система, система рівнянь). З точки зору логіки – система – це скінченна множина функціональних елементів й відношень між ними, виокремлена з середовища відповідно до певної мети в межах визначеного часового інтервалу. З більш філософської точки зору, позицій суб'єктивізму – система – це відображення у свідомості суб'єкта (дослідника, спостерігача) властивостей об'єктів та їх відношень у вирішенні завдання дослідження, пізнання [49]. Такі підходи до визначення системи та

системності необхідно враховувати при визначенні системи охорони здоров'я [55].

Суто теоретичні позиції у визначенні системи охорони здоров'я ми можемо побачити у Найговзіної Н.Б. та Ковалевського М.А.: система охорони здоров'я – це система відносин, що мають на меті охорону здоров'я людини [42, с. 19]. Тому найбільш актуальним та сконцентрованим можна вважати наступне визначення: «система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення збереження розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя на основі державного забезпечення фінансових гарантій та регуляторного інституційного впливу».

Авторське визначення системи особливості охорони здоров'я дає можливість перейти до аналізу основних чинників управління в сфері охорони здоров'я. Так, Назаренко Г.І., Полубенцева Е.І. визначають основні відмінності та особливості управління в сфері охорони здоров'я [41, с. 14-15]:

- результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірові;
- надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто вимагає невідкладних рішень;
- при наданні медичної допомоги можуть бути допущені важко обумовлені несистемні помилки;
- медична допомога надається значною кількістю вузькоспеціалізованих спеціалістів і вимагає екстраординарної координації;
- у більшості систем організації медичної допомоги одночасно співіснують дві авторитарні лінії (управлінська і клінічна);
- лікарі часто є професіоналами як у медичній діяльності, так і в управлінні;

- в адміністрації медичних закладів існує мінімальний управлінський контроль над працюючими (тобто лікарями) при більшому ступені відповідальності за результати виконуваної роботи і витратами.

Ці особливості системи охорони здоров'я та управління цією системою визначають і іноземні науковці. Так авторів класичного підручника «Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організацій охорони здоров'я», існують наступні відмінності управління системою охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я від інших суб'єктів управління [40, с. 2]:

- більш складне визначення та вимірювання результатів;
- виконувана робота дуже різноманітна та складна;
- більшість роботи, за своєю природою, є терміною та невідкладною;
- робота не допускає терпимості до невизначеності та помилок;
- виробнича діяльність надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, вимагає високого ступеня координації дій різних професійних груп;
- робота потребує надзвичайно високого ступеня спеціалізації.

Однак управління системою охорони здоров'я має не тільки функціональні відмінності. Безумовно, що у великій за територією та кількістю населення система охорони здоров'я буде мати власні особливості. Так О.В. Баєва, І.М. Солоненко в роботі «Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я» визначають регіональні відмінності в системі охорони громадського здоров'я за такими ознаками [54, с. 18]: ступенем зв'язку із центром (віддалені, близькі); фінансовою і соціальною автономністю; ступенем довіри до регіонального керівництва; рівнем соціальної і громадської самосвідомості; рівнем освіченості населення; інвестиціями; господарською спеціалізацією; економічним потенціалом; рівнем безробіття; рівнем бідності, у тому числі й суб'єктивною його оцінкою; середньою заробітною платою; іншими факторами стресогенного напруження; природними ресурсами; ступенем розвитку галузі охорони здоров'я; екологічними, у тому числі антропогенними, умовами

Це ще раз доводить необхідність складності та багатокомпонентності системи управління охороною здоров'я. З.С. Гладун з огляду на цей чинник визначає три рівні системи управління охороною здоров'я. За його думкою, «По-перше, це вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, тобто інституційний механізм охорони здоров'я [23]. По-друге, це сукупність повноважень та відносин вказаних органів між собою та іншими суб'єктами, яка включає правові відносини що виникають при реалізації політики охорони здоров'я та специфічні ролі, форми і методи діяльності суб'єктів реалізації цієї політики. По-третє, це система правових норм та принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес реалізації політики охорони здоров'я, тобто правовий механізм охорони здоров'я» [54, с. 195]. Перше припущення автора слід доповнити наявністю не тільки органів державного регулювання, а й міжнародних та неурядових організацій. З іншими думками, слід погодитися.

Можна визначити, що цей автор не робить різниці між системою державного управління охороною здоров'я та системою охорони здоров'я. Систему охорони здоров'я він представляє як дії органів державної влади. Тому є доцільним розглянути підходи саме до системи державного управління охороною здоров'я. У відповідності до існуючого законодавства, зокрема Указ Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні» від 22.07.1998 № 810/98 «Система державного управління – складне поняття, зміст якого охоплює такі складові елементи: а) суб'єкти управління, тобто органи виконавчої влади; б) об'єкти управління, тобто сфери та галузі суспільного життя, що перебувають під організуючим впливом держави; в) управлінська діяльність (процес), тобто певного роду суспільні відносини, через які реалізуються численні прямі та зворотні зв'язки між суб'єктами і об'єктами управління» [6].

В монографії «Державне управління охороною здоров'я України», яка підготовлена колективом авторів ДУ «Український інститут стратегічних

досліджень МОЗ України» автори визначають державне управління як – цілеспрямований, тобто продуманий, організаційний і регуляторний, вплив на населення, його суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Воно складається з таких елементів: цілі та завдання, функції управління, форми і методи їх проведення [28, с. 6].

Відповідно ми можемо надати визначення терміну державне управління охороною здоров'я. Державне управління охороною здоров'я – це цілеспрямований, продуманий організаційний і регуляторний вплив на суспільну життєдіяльність шляхом покращення показників охорони здоров'я, який здійснюється державою через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Державне управління охороною здоров'я має свої цілі та завдання, функції управління, форми.

Продовжуючи аналіз системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі, необхідно розглянути функції основних органів та представників влади. За висновками О.В. Басвої в її роботі «Основи менеджменту охорони здоров'я» до повноважень Президента України в галузі охорони здоров'я належать такі: бути гарантом права громадян на охорону здоров'я; забезпечувати виконання чинного законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади; реалізовувати державну політику охорони здоров'я; інші, передбачені Конституцією України. На Кабінет Міністрів України покладаються такі завдання [22]: організація розробки та реалізації комплексних і цільових загальнодержавних програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів стимулювання ефективної діяльності в галузі охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я; укладення міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я; здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції

розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я [38]. До їх компетенції також належать: встановлення єдиних науково обґрунтованих державних стандартів, критеріїв та вимог, що повинні сприяти охороні здоров'я населення; формування і розміщення державних замовлень для матеріально-технічного забезпечення галузі охорони здоров'я; здійснення державного контролю і нагляду за сферою охорони здоров'я; інша виконавчо-розпорядча діяльність у галузі охорони здоров'я [11, с. 81-82].

В загальному вигляді функції Національної служби охорони здоров'я України, регіональних органів управління охороною здоров'я, базових органів управління в на місцях, неурядових та громадських організацій, система нормативно- правових інституцій виконує наступні функції в системі управління охороною здоров'я [33]. (табл. 1.1). Як можна побачити в таблиці, на нашу думку, ключовими ланками системи державного управління охороною здоров'я в Україні є Національна служба охорони здоров'я України, регіональні структури, що забезпечують впровадження державної політики охорони здоров'я в регіонах, органи управління охороною здоров'я в районах, неурядові та громадські організації, що працюють в регіонах та в столиці, система інститутів- норм на які спираються в процесі організації діяльності системи охорони здоров'я як в центрі, так і в регіонах [1].

Трансформація системи охорони здоров'я призводить до реформування системи органів державного управління в цій сфері [29]. Національна служба здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій [53]. НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення. НСЗУ контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати закладам за надані послуги. Служба утворена і Положення про неї затверджене Кабміном 27.12.2017 р

Таблиця 1.1. Функції органів управління та інституцій сфери охорони здоров'я

Центральний орган управління	Регіональний орган управління	Базовий орган управління	Неурядові та громадські організації	Законодавчі та нормативні документи
Розробка та реалізація стратегії і тактики розвитку охорони здоров'я в державі; підготовка проектів законів про медичну допомогу, що виносяться на розгляд Верховної Ради; розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають загальнодержавне значення; управління медичною наукою; підготовка медичних кадрів; розробка та реалізація методології і методики ціноутворення в системі медичної допомоги; розробка та реалізація Методології і методики методології і методики інформаційного забезпечення управління медичною допомогою; забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя держави	Розробка та реалізація в регіоні заходів щодо здійсненним державної стратегії і тактики розвитку медичної допомоги; розробка проектів нормативних документів що подаються на затвердження до органів місцевого самоврядування; оптимізація мережі медичних закладів та їхнього економічного доцільного розподілу згідно з рівнями обслуговування; розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають регіональне значення; пошук резервів оптимізації ціноутворення медичних послуг; забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя регіону.	Максимальне задоволення потреб людей у лікувально-профілактичній допомозі; забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги на рівні медичних закладів; забезпечення санітарно епідеміологічного благополуччя на рівні району (міста); співвідношення факторів контроль за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної допомоги згідно з заданою якістю та ефективністю (вартістю); забезпечення балансу попиту та пропозиції на медичну допомогу; пошуки та забезпечення раціонального, економічно доцільного мережі.	Організація контролю з боку громадянського суспільства; дорадчі та консультативні функції участь у волонтерських програмах та проектах; організація конкурсів на участь у міжнародному фінансуванні проектів з охорони здоров'я; здійснення функцій посередника у міжнародних миротворчих операціях та в зоні озброєних конфліктів; імплементація міжнародних норм та процедур в законодавство України та в практику системи охорони здоров'я; участь у процесі підготовки та перепідготовки кадрів для системи охорони здоров'я; фінансування проектів медичної сфери в Україні, що спрямовані на трансформацію системи охорони здоров'я.	Створення законодавчого поля зміни стратегії розвитку системи охорони здоров'я; формування законодавчої бази трансформації системи державного управління охороною здоров'я; створення умов для реалізації Концепцій та Програм в сфері охорони здоров'я; забезпечення дії законодавства в електронних мережах охорони здоров'я та в системі телемедицини; розробка та затвердження нормативних документів, що подаються на затвердження до органів місцевого самоврядування формування механізмів контролю за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.

Джерело [30]

Згідно з Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» основними функціями Національної служби здоров'я України є [43]:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів;
- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- перевірка дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;
- забезпечення функціонування eHealth – електронної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ВІТЧИЗНЯНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Сучасний стан впровадження Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні

Реформа фінансування системи охорони здоров'я, запровадження національного стратегічного закупівельника й механізму оплати послуг за результатами діяльності – це ключові компоненти Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я (схваленої 30 листопада 2016 року) та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (прийнятого 19 жовтня 2017 року).

Україна з 1 липня 2018 року перейшла до системи оплати послуг первинної медичної допомоги (ПМД) у вигляді капітаційної ставки на одного пацієнта. Уряд виділив кошти з державного бюджету для відшкодування вартості послуг ПМД. На запит МОЗ Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» надав технічну підтримку в розрахунку капітаційної ставки як плати за послуги ПМД, застосувавши схвалені на міжнародному рівні методи актуарного розрахунку на підставі даних про вартість і споживання послуг ПМД в Україні. Під час Консультаційної зустрічі за участю зацікавлених сторін у листопаді 2017 року було представлено та обговорено результати дослідження «Капітаційна ставка в Україні на 2018 рік». За результатами зустрічі було прийнято рішення розширити сферу дослідження в рамках визначення розміру капітаційної ставки на 2019 рік.

З огляду на наведене вище та з урахуванням методичних рекомендацій у сфері актуарних розрахунків, розроблених Товариством актуаріїв Північної Америки (SOA) та Американською академією актуаріїв 1, річну капітаційну ставку на 2019 рік було розраховано як плату за послуги ПМД у розрахунку на одного пацієнта [25].

Під час визначення капітаційної ставки на 2019 рік було враховано результати дослідження «Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги», здійсненого Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» у 2018 році (збір даних для дослідження було проведено ГО «Український інститут соціальних досліджень»).

Згідно з результатами дослідження «Капітаційна ставка в Україні на 2019 рік», рекомендований річний розмір капітаційної ставки як плати за послуги ПМД на 2019 рік становить 580 грн. У табл. 2.1 наведено розмір капітаційної ставки із розподілом за віком, коригування на обсяг неформальних платежів, а також коригування на послуги екстреної медичної допомоги в закладах, що надають послуги екстреної медичної допомоги.

Таблиця 2.1

Рекомендований розмір капітаційної ставки як плати за послуги ПМД на 2019 рік, грн.

Вікова група	Капітаційна ставка, грн	Коригування на обсяг неформальних платежів, грн	Сукупна капіталізаційна ставка, грн.
До 5 років	2 096	57	2153
6–17 років	260	57	317
18–39 років	230	61	291
40–64 років	566	55	621
65 і більше років	920	52	972
Усі вікові групи	580	57	637
Коригування на послуги екстреної медичної допомоги	18		18

Джерело [47]

Для визначення розміру капітаційної ставки на 2019 рік було зібрано дані про споживання і вартість послуг ПМД у 277 закладах з 25 регіонів України (24 областей та міста Києва); у рамках попереднього дослідження «Капітаційна ставка в Україні на 2018 рік» використовувалися дані, отримані від 100 закладів у 10 регіонах.

У рамках дослідження було проведено загальний аналіз структури населення України для визначення тенденцій з урахуванням віку та гендерної ознаки. Як видно з Рис. 2.1, у період з 2015 по 2017 роки в Україні

спостерігалось старіння та скорочення чисельності населення. Крім того, як видно з Рис. 2.2, тривалість життя жінок в Україні є більшою, ніж чоловіків.

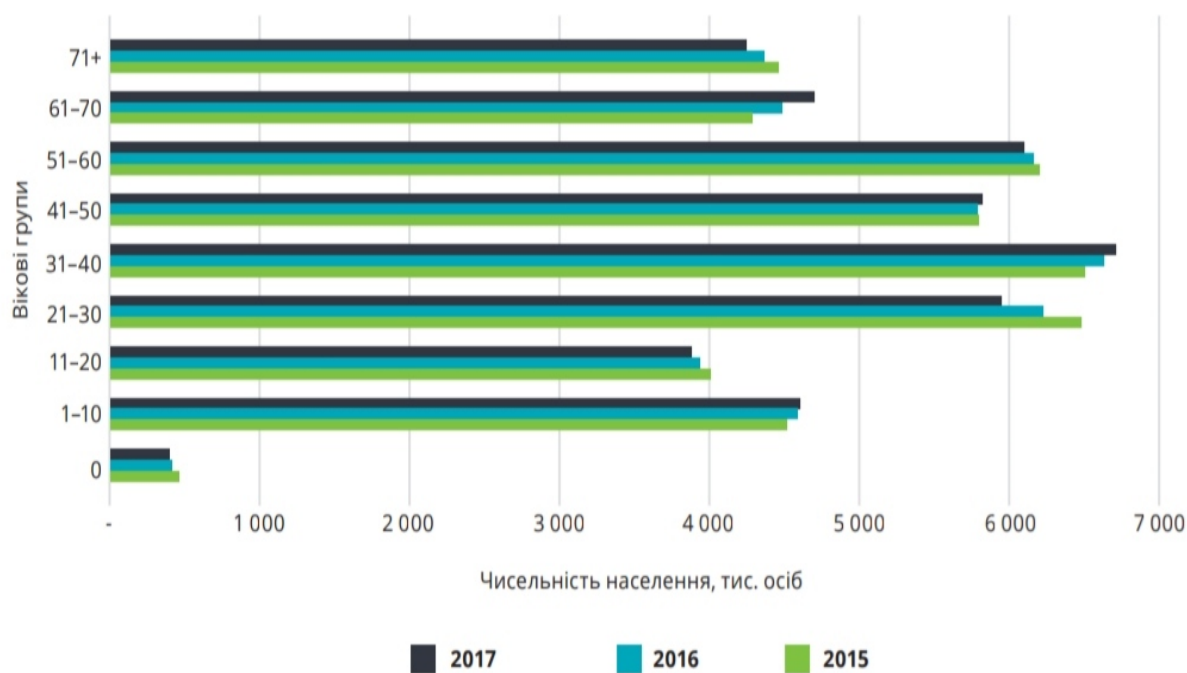


Рис. 2.1. Розподіл населення України за віком, 2015–2017 роки., тис. осіб
Джерело [47]

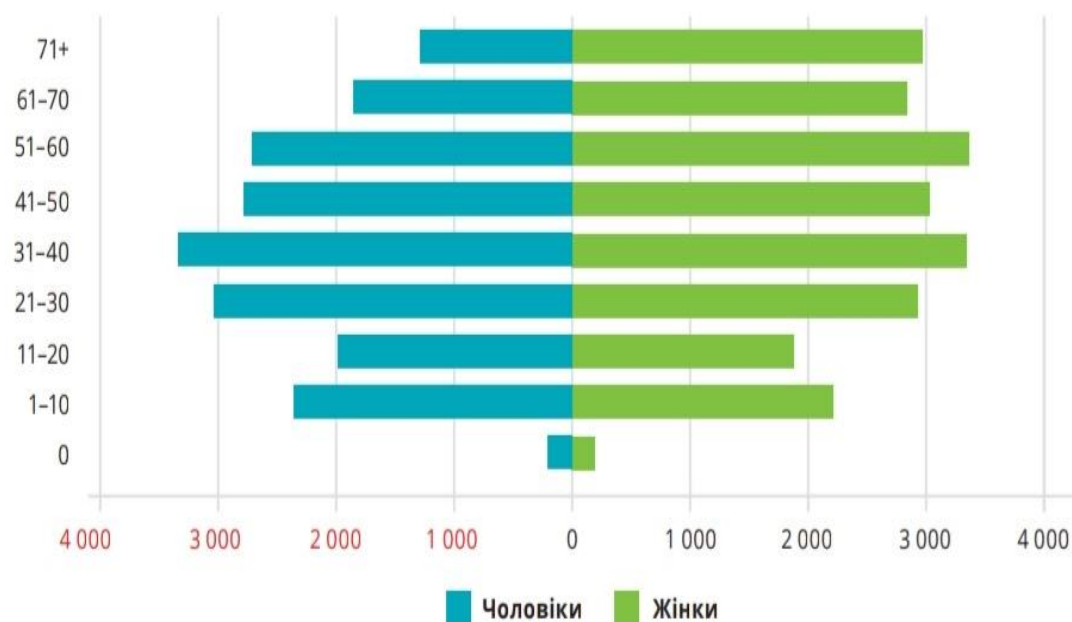


Рис. 2.2. Розподіл населення України за віком і статтю у 2017 році, тис. осіб

Джерело [47]

Порівняно з попереднім дослідженням, дані було додатково зібрано у 177 закладах у 15 додаткових регіонах.

Дані, отримані від 277 закладів ПМД, є статистично достовірними, тому що вони репрезентативні щодо приблизно 12,0 млн пацієнтів, які становлять близько 28,3% загального населення України. На Рис. 2.3 представлено населення з розподілом за регіонами.

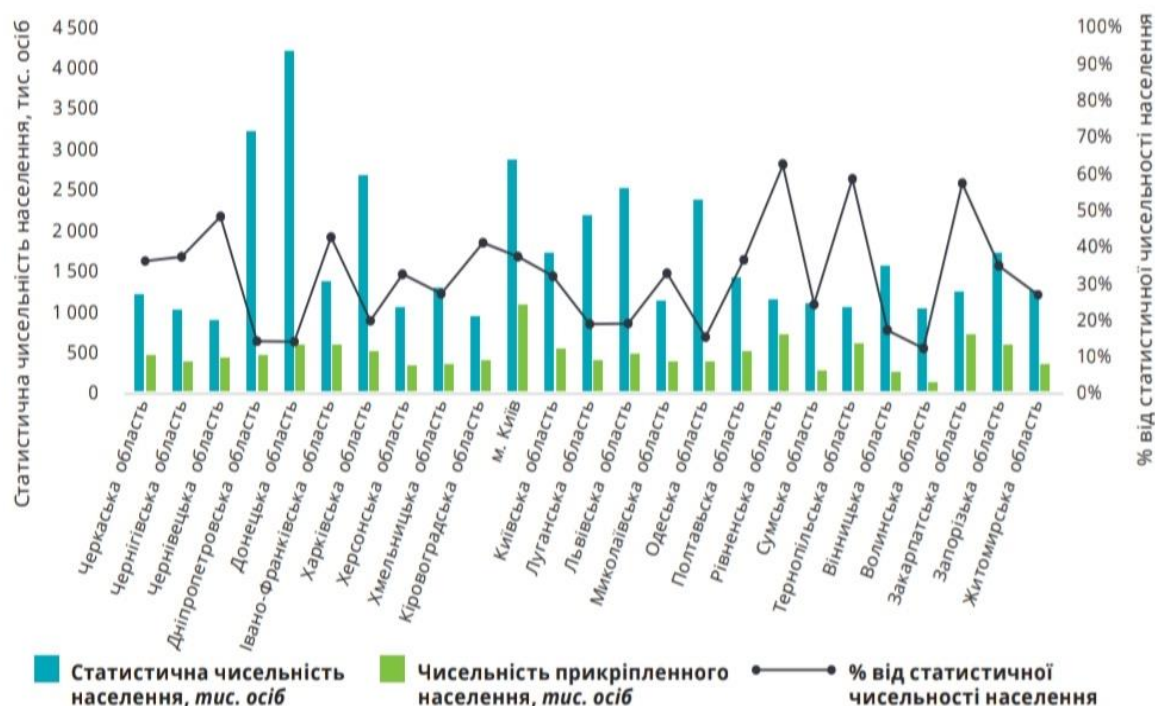


Рис. 2.3. Порівняння зібраних даних щодо чисельності прикріпленого населення і статистичних даних щодо чисельності населення у відповідному регіоні

Джерело [47]

Зібрані в рамках дослідження дані щодо чисельності прикріпленого населення наведено в порівнянні зі статистичними даними щодо чисельності населення у відповідному регіоні [37]. Найбільша частка зібраних даних порівняно з чисельністю населення спостерігається в Рівненській області (63%), а найнижча – у Дніпропетровській області (13,8%).

Для цілей моделювання та розрахунку вартості одного візиту дослідницька команда прийняла рішення усунути статистичні відхилення вище

95% та нижче 5%. Після застосування коригувань із зібраних на початковому етапі даних було вилучено дані щодо витрат 115 закладів ПМД.

Це було зроблено для усунення будь-якої помилки в рамках дослідження. Отже, кінцеві опрацьовані дані, на підставі яких розраховано вартість одного візиту, включають дані 162 закладів ПМД, охоплюючи 20,1% загального населення України, і є статистично достовірними та значущими.

На рівні закладів було зібрано нові дані для розрахунку розміру капітаційної ставки на 2019 рік, у тому числі дані про середній обсяг часу, який витрачає лікар на відвідування пацієнта за викликом додому. Середній показник обсягу часу враховує як час проїзду, так і час, витрачений на пацієнта. Після вилучення статистичних відхилень (коригування № 1) середній обсяг часу, що витрачається на виклик додому, становить 1,19 години.

Аналіз структури персоналу було здійснено на підставі даних, отриманих у 180 закладах ПМД. Проведений аналіз свідчить про існування значних розбіжностей у розподілі персоналу в кожному закладі. На лікарів припадає близько 22% від загальної кількості персоналу закладів ПМД. При цьому діапазон коливання становить 9–37%. У середньому на кожного лікаря, який працює в закладі ПМД, припадає близько 2,5 медичних сестер та одного адміністративно-допоміжного працівника. Як видно з довжини «вусів» у кожній діаграмі, найменші коливання діапазону спостерігаються щодо лікарів, а найбільші – щодо адміністративно-допоміжного персоналу.

На лікарів припадає в середньому 22% всіх працівників у сфері ПМД, витрати на їхню заробітну плату становлять близько 29% від сукупної суми заробітних плат. Згідно з даними щодо витрат, у 2017 році у середньому лікарі отримували заробітну плату в розмірі 7 558 грн на місяць, медичні сестри – 6 633 грн, а адміністративно-допоміжний персонал – 4 258 грн на місяць.

Дані також вказують, що у 2017 році кожен лікар ПМД у середньому надав медичну допомогу приблизно 1 466 пацієнтам. На Рис. 2.4 наведено порівняння кількості пацієнтів на одного лікаря ПМД в Україні та в окремих країнах світу.

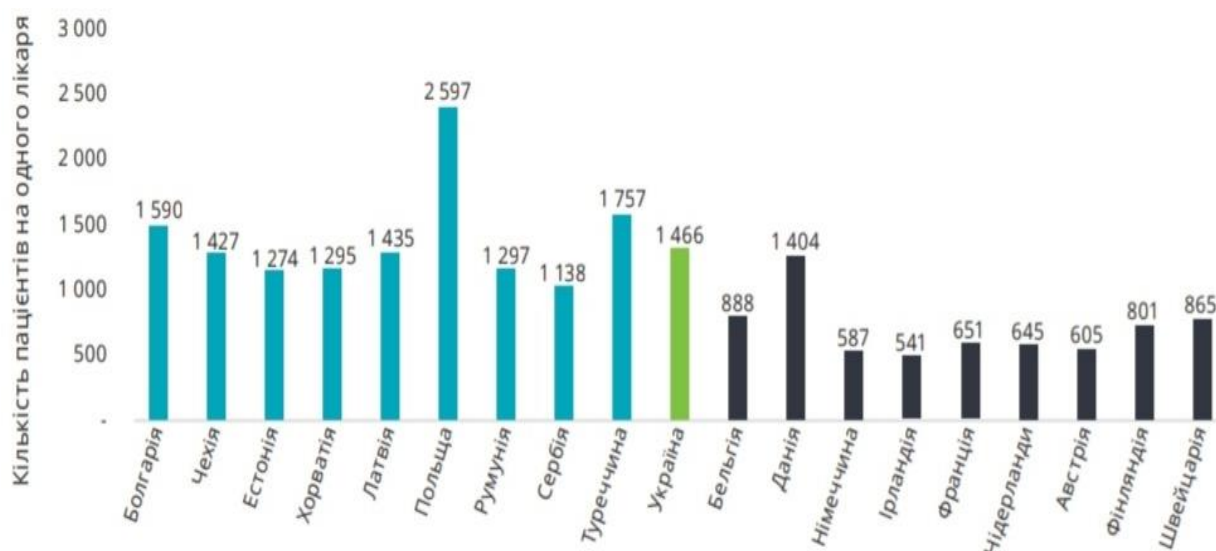


Рис. 2.4. Кількість пацієнтів на одного лікаря ПМД в Україні (2017 р.) та деяких країнах світу (2015 р.)

Джерело [57]

Як видно з рисунка, показник кількості пацієнтів на одного лікаря ПМД в Україні вищий за середній рівень порівняно з країнами Східної Європи. На рисунку синіми стовпчиками позначено країни Східної Європи, в яких система охорони здоров'я схожа на ту, що існує в Україні, а чорними стовпчиками позначено країни Західної Європи, в яких система охорони здоров'я передбачає, що в рамках надання та координації надання пацієнтові всіх медичних послуг (первинного, вторинного та третинного рівнів) лікар ПМД є ключовим елементом (gatekeeper) [18; 46].

Отримані у 277 закладах ПМД дані вказують на істотні варіації в кількості візитів у 2017 році залежно від вікової групи. Представники дитячої вікової групи (0–17 років) звертаються по послуги ПМД у середньому приблизно удвічі частіше, ніж представники дорослої вікової групи (від 18 років). Діти приблизно у 2,1 раза частіше, ніж дорослі, викликають лікаря додому. Сукупна кількість амбулаторних прийомів на пацієнта за рік становить близько 3,0, а сукупна кількість викликів додому на пацієнта за рік – 0,65. Як видно з Рис. 2.5, рівень споживання послуг як амбулаторного прийому, так і виклику додому є найвищим, коли йдеться про немовлят.

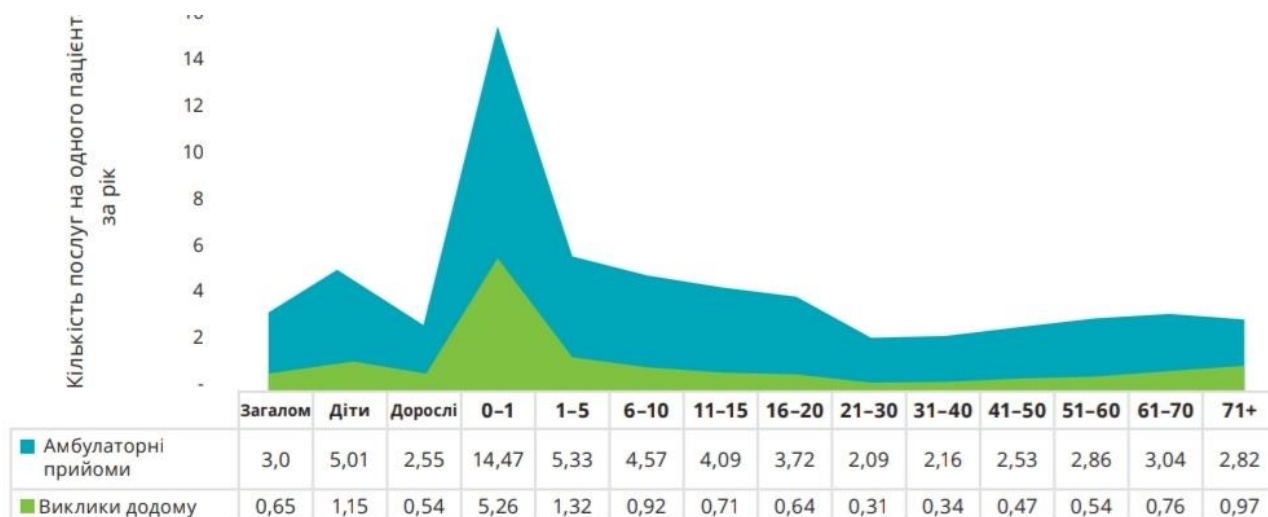


Рис. 2.8. Обсяг споживання послуг амбулаторного прийому та виклику додому в розрахунку на одного пацієнта за рік із розподілом за віковими групами, 2017 р.

Джерело [47]

Різке скорочення цього показника спостерігається впродовж перших півтора років життя і сповільнюється, коли пацієнт досягає віку 21–30 років, а зі старінням пацієнта показник поступово зростає. Рис. 2.5 показує обсяг споживання послуг амбулаторного прийому та виклику додому з розподілом за віковими групами [52].

Для визначення вартості кожного візиту було здійснено збір даних щодо фактичних показників бюджету 4 (кошти, витрачені впродовж року) на рівні 277 закладів ПМД за 2017 рік. Як зазначалося раніше, зібрані дані було скориговано для усунення статистичних відхилень, які зумовлюють системні помилки. Після цього дані 162 закладів було розподілено за кількістю візитів (як амбулаторних прийомів, так і викликів додому разом), зареєстрованих щодо кожного закладу ПМД; це дало змогу визначити вартість кожного візиту в такому закладі за 2017 рік.

Аналіз вказує на існування істотних відмінностей у вартості одного візиту серед 162 закладів ПМД. Середня вартість одного візиту у 2017 році становила 105,22 грн. Цей показник було взято за основу для прогнозування вартості візиту на 2019 рік. Прогнозовану вартість одного візиту на 2019 рік було

розраховано на рівні 125,32 грн. Щоб розрахувати вартість візиту за видами послуг (виклик додому / амбулаторний прийом), було висунуто припущення про те, що вартість виклику додому відрізняється від вартості амбулаторного прийому за рахунок транспортних витрат, пов'язаних з викликом додому. Було проаналізовано вартість виклику додому в кожному закладі, внаслідок чого до вартості амбулаторного прийому було додано 5%. Після такого коригування прогнозована вартість виклику додому на 2019 рік становить 130,62 грн, а прогнозована вартість амбулаторного прийому – 124,40 грн

Виклик додому виконують здебільшого лікарі, що призводить до неефективного використання ресурсів закладів ПМД. Зважаючи на отримані дані, ми здійснили оцінку витрат закладів на надання послуг за викликом додому впродовж 2017 року. Результати цієї оцінки наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Витрати закладу на надання послуг за викликом додому у 2017 році

Показник	Значення	Розрахунок
Середня кількість часу, витраченого лікарем на виклик додому, годин	1,195	(a)
Середня кількість часу, витраченого лікарем на амбулаторний прийом, годин	0,624	(b)
Середня кількість часу, витраченого лікарем на виклики додому за рік у закладі, годин	30 466	(c)
Середня кількість викликів додому за рік у закладі	25 495	(d) = (c) / (a)
Загальна потенційна кількість амбулаторних прийомів за рік у закладі	48 810	(e) = (c) / (b)
Потенційна додаткова кількість амбулаторних візитів до закладу*	23 314	(f) = (e) – (d)
Додаткові витрати (транспорт) для викликів додому, грн на візит	24	(g)
Вартість виклику додому, 2017 р., грн	104,47	(h)
Потенційні втрати закладу від неефективного використання ресурсів при здійсненні викликів додому, грн	3 056 916	(i) = (d) * (g) + (f) * (h)

Примітка: * - Додаткові амбулаторні візити, які можна було б обслужити за рахунок часу, який витрачається на виклики додому

Джерело [47]

Розмір капітаційної ставки встановлено в розрахунку на одного пацієнта за рік як результат обчислення очікуваного обсягу споживання відповідних

послуг (за візит) та очікуваної вартості одного візиту. У подальшому таку ставку було розроблено для відповідних вікових груп. Застосована методологія включала три етапи [47]: 1: прогнозування обсягу споживання послуг у розрахунку на пацієнта за рік; 2: прогнозування вартості одного візиту; 3: розрахунок розміру капітаційної ставки.

2.2. Загальна організаційно-економічна характеристика діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»

Рішенням Хмельницької міської ради від 07 жовтня 2020 року затверджено Статут КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2», в новій редакції, (додаток А) згідно якого є закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населенню міста Хмельницького (далі – населення), вживає заходи з профілактики захворювань та підтримання громадського здоров'я.

Засновником Підприємства є територіальна громада міста Хмельницького, в особі Хмельницької міської ради. Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Місцезнаходження: (юридична адреса): 29013, вул. Подільська, 54, м. Хмельницький.

Підприємство створене з метою надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Хмельницького, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності Підприємства є:

1. медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;

2. забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;
3. організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
4. проведення профілактичних щеплень;
5. планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (в тому числі під час вагітності) станів;
6. консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (в тому числі під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;
7. взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (в тому числі під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
8. організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;
9. проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;
10. направлення на МСЕК осіб зі стійкою втратою працездатності;

11. участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;

12. участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;

13. участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку визначеному відповідними програмами та законодавством;

14. участь у визначенні проблемних питань надання первинної медичної допомоги у місті Хмельницькому та шляхів їх вирішення;

15. надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розвитку первинної медичної допомоги міста Хмельницького;

16. визначення потреби структурних підрозділів Підприємства та населення у лікарських засобах, виробів медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;

17. моніторинг забезпечення та раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та транспортних засобів;

18. забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників Підприємства;

19. залучення медичних працівників для надання первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі залучення лікарів, що працюють як фізичні особи – підприємці за договорами підряду, підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг;

20. придбання та використання нерухомого майна, необхідного для надання медичних послуг, а також закупівля, зберігання та використання для цієї ж потреби лікарських засобів, обладнання, інвентарю та інших ресурсів;

21. координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальна служба, та правоохоронними органами;

22. надання платних послуг з медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України;

23. надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей;

24. надання будь-яких послуг іншим суб'єктам господарювання, що надають первинну медичну допомогу на території міста Хмельницького;

25. інші функції, що випливають із покладених на Підприємство завдань.

Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

Підприємство є юридичною особою публічного права. Права і обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації. Підприємство користується закріпленим за ним комунальним майном, що є власністю територіальної громади міста Хмельницького на праві оперативного управління. Підприємство здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану та плану використання бюджетних коштів, затверджених Уповноваженим органом управління.

Підприємство самостійно організовує виробництво продукції, робіт та послуг і реалізує її за цінами (тарифами), що затверджені наказом керівника Підприємства. Для закупівель товарів, робіт чи послуг Підприємство застосовує процедури закупівель, визначені чинним законодавством України.

Збитки, завдані Підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом

неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

Для здійснення господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством. Підприємство має самостійний баланс, рахунки в установах банків, органах Державного казначейства України, круглу печатку із своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

Засновник та Уповноважений орган управління не відповідають за зобов'язаннями Підприємства, а Підприємство не відповідає за зобов'язаннями Засновника та Уповноваженого органу управління, крім випадків, передбачених законодавством.

Підприємство має право укладати угоди, набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, третейських та міжнародних судах. Підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і затверджує штатний розпис. Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику. Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Підприємства або їх частини між Засновником та працівниками (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску) та інших пов'язаних з ним осіб.

Доходи (прибутки) Підприємства використовуються виключно для фінансування видатків на його утримання, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямків діяльності, визначених цим Статутом.

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» почало функціонувати як комунальне некомерційне підприємство з 08.05.2018 року.

Чисельність населення території обслуговування складає 154538 осіб. На підприємстві працює 114 лікарів, з них 66 лікарів загальної практики-сімейної медицини, 8 лікарів-терапевтів та 35 лікарів-педіатрів.

Станом на 01.06.2019 року 86,2 % прикріпленого населення уклали декларації про вибір лікаря. Протягом двох років отримано дві ліцензії МОЗ України на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Станом на 31.12.2019 року спостерігається зростання кількості пацієнтів, що уклади декларації з лікарями центру – 145002 осіб, що становить 93,8% населення, що проживає на території обслуговування центру.

Протягом 2019 року підприємство отримало вищу акредитаційну категорію, внесено зміни до ліцензії МОЗ України на здійснення господарської діяльності з медичної практики, оновлено матеріально-технічне оснащення усіх структурних підрозділів. Відбулося відкриття нової амбулаторної за адресою вул. Подільська, 171/1.

Проаналізувати стан підприємства за період з 08.05.2018 року по 01.10.2020 року допоможе баланс КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» (додатки Б1, Б2), табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Склад та структура активів КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» за період з 08.05.2018 року по 01.10.2020 року

Актив	Абсолютні величини			Питома вага, %			Зміни	
	станом на 31.12.2018	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	станом на 31.12.2018	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	в абсолютних величинах	у питомій вазі
I. Необоротні активи	5135,2	7603,9	24821	0,23	14,65	30,57	19685,8	30,35
– нематеріальні активи	66,9	53,5	43,5	0,00	0,10	0,05	-23,4	0,05
– основні засоби	4128,9	5410,7	19237,8	0,18	10,42	23,70	15108,9	23,52
II. Оборотні активи, у т.ч.:	17682	44301,4	56360	0,77	85,35	69,43	38678	68,65
– запаси	1004,2	1383	2494,5	0,04	2,66	3,07	1490,3	3,03

– дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-30,7	0,00
– за виданими авансами	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
– розрахунки з бюджетом	34,1	538,3	3,4	0,00	1,04	0,00	0,00	0,00
Інша поточна заборгованість	76,2	213	272,9	0,00	0,41	0,34	196,7	0,33
Грошові кошти та їх еквіваленти	16561,5	42131,3	53567	0,73	81,17	65,98	37005,5	65,3
Баланс	22817,2	51905,3	81181,1	100	100	100	58363,9	0

Джерело [фінансова звітність підприємства]

Дані таблиці 2.3 стверджують те, що найбільшу питому вагу в активах підприємства займають основні засоби, станом на 31.12.2018 р. - 4128,9 тис.грн, а станом на 01.10.2020 року - 19237,8 тис. грн. Крім того оборотні активи на кінець періоду зросли на 38678,0 тис грн., оскільки їх частка в питомій вазі зросла на 68,65 %.

Таблиця 2.4

Склад та структура пасивів КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»

за період з 08.05.2018 року по 01.10.2020 року

Пасив	Абсолютні величини			Питома вага, %			Зміни	
	станом на 31.12.2018	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	станом на 31.12.2018	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	в абсолютних величинах	у питомій вазі
Власний капітал	5953,9	8454,6	8454,6	26,09	16,29	10,41	2500,7	-15,67
Додатковий капітал		1190,3	13955,7	0,00	2,29	17,19	13955,7	17,19
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	16281	42207	58475,4	71,35	81,32	72,03	42194,7	0,67
Поточні зобов'язання	582,5	53	1,3	2,55	0,10	0,00	-581,2	-2,55

– кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги	0,00	0,00	44,9	0,00	0,00	0,06	44,9	0,05
розрахунки з бюджетом	19	0,3	1,6	0,08	0,00	0,00	-17,4	-0,08
розрахунки з оплати праці	119	13,6	-46,5	0,52	0,03	-0,06	-165,5	-0,57
Доходи майбутніх періодів	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Інші поточні зобов'язання	444,6	39,1	1,3	1,95	0,08	0,00	-443,3	-1,94
Баланс	22817	51905	81181,1	100,00	100,00	100,00	58363,9	0,00

Джерело [фінансова звітність підприємства]

Найбільшу питому вагу в структурі пасиву балансу (таблиця 2.4) 72,03% займає нерозподілений прибуток, який протягом трьох неповних років зріс на 42194,7 тис. грн. Також за цей період простежується значне зростання додаткового капіталу, а саме на суму 13955,7 тис. грн.

Якщо розглядати фінансові результати діяльності підприємства за період з 08.05.2018 року по 01.10.2020 року (табл. 2.5), то КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» працювало з позитивним фінансовим результатом.

Таблиця 2.5

Порівняльний аналітичний звіт про фінансові результати КП
«Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»
за період з 08.05.2018 року по 01.10.2020 року

Фінансові результати	Абсолютні величини			Зміни, тис.грн.		
	станом на 31.12.2018	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	2019-2018	2020-2019	2020-2018
Чистий дохід (виручка) від реалізації продукції, товарів (робіт), послуг	35671	82901	66834	47230	-16066,9	31163
Інші операційні доходи	9567	2903,2	6735,3	-6664	3832,1	-2832
Інші доходи	3440	6274,5	4789,2	2835	-1485,3	1349
Разом доходів	48678	92079	78358,4	43401	-13720,2	29681

Собівартість реалізованої продукції, товарів (робіт), послуг	27757	54144	51063,3	26387	-3080,4	23306
Інші операційні витрати	1202	5662,9	10771,7	4461	5108,8	9570
Інші витрати	3438	3844,7	255,4	406,7	-3589,3	-3183
Разом витрати	32397	63651	62090,4	31254	-1560,9	29693
Фінансовий результат до оподаткування	16209	28427	16268	12219	-12159,3	59,3
Податок на прибуток	0	0	0	0	0	0
Чистий прибуток (збиток)	16209	28427	16268	12219	-12159,3	59,3

Джерело [фінансова звітність підприємства]

Дохід від реалізації продукції, товарів (робіт), послуг за 9 місяців 2020 року порівняно із неповним 2018 роком (починаючи з 08.05.2018 року) зріс на 31163 тис. грн (або 87,4 %) та становив відповідно 66834,0 тис. грн. При цьому за цей же час собівартість реалізованої продукції, товарів (робіт), послуг зросла на 23306 тис. грн. (або 84,9 %) та становила відповідно 23306 тис. грн. Протягом досліджуваного періоду на 59,3 тис. грн. зріс чистий прибуток (збиток).

Як вказують результати аналізу середній щомісячний чистий прибуток у 2018 році склав 2026,1 тис.грн, у 2019 році - 2368,9 тис.грн. та у 2020 році – 1807,5 тис.грн. У 2019 році порівняно із минулим 2018 роком середньомісячний чистий прибуток зріс на 342,8 тис.грн., це пов'язано із зростанням кількості осіб, які уклали договір з лікарем. Середньомісячний чистий прибуток у 2020 році порівняно із 2019 роком зменшився на 561,4 тис.грн. в результаті спрямування коштів та понесення витрат на поточний ремонт діючих амбулаторій сімейної медицини та відкриття нових.

РОЗДІЛ 3

**ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
ДІЯЛЬНОСТІ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» НА ЗАСАДАХ
СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ**

3.1. Прогнозування вартості послуг первинної медичної допомоги на основі аналізу чутливості

Наразі загальновідомим є три етапи визначення вартості послуг первинної допомоги: 1) прогнозування обсягу споживання послуг у розрахунку на пацієнта за рік (враховує тенденції споживання; ефективність управління медичним обслуговуванням; незадовільний попит); 2) прогнозування вартості одного візиту; 3) розрахунок розміру капітаційної ставки.

Зупинимося на прогнозуванні вартості послуг первинної медичної допомоги, використовуючи наступні етапи:

1) Припущення щодо економічної ефективності та ефективності управління медичним обслуговуванням.

Для прогнозування вартості послуг ПМД на 2019 рік було висунуто декілька економічних припущень, які є доцільними та обґрунтованими з точки зору актуарних розрахунків (або відповідають авторитетним методологічним підходам). Оскільки ці припущення зумовлюють прогнозовану капітаційну ставку, для оцінки їхнього впливу здійснюється аналіз чутливості.

Такий аналіз було проведено за вісьмома сценаріями для визначення впливу різних факторів щодо економічної ефективності та ефективності управління медичним обслуговуванням на розраховану капітаційну ставку на 2019 рік. Підсумкову інформацію про вплив цих факторів наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Аналіз чутливості в контексті факторів щодо витрат

Опис		Сценарії								
		Базовий рівень	1	2	3	4	5	6	7	8
Фактори	Інфляція 2017–2018	10,9%	5% зростання	5% зниження						
	Інфляція 2018–2019	8,7%								
	Додаткове підвищення заробітної плати лікаря	0%			5% зростання			5% зростання		
	Зростання витрат на заміну обладнання	5,0% щорічно				2,5% щорічно				
	Ефективність управління медичним обслуговуванням (діти)	3,62%							0%	
	Ефективність управління медичним обслуговуванням (дорослі)	3,62%							0%	
	Кількість робочих днів у році	214			225	225				
	Кількість робочих годин на день	7,75			8,25	8,25				
	Додаткові витрати на транспорт для викликів додому	5%								20%
Чутливість	Капітаційна ставка (всі вікові групи), грн	580	585	575	586	575	570	576	602	586
	Різниця (+/- до базового рівня), грн	0	5	-5	6	-5	-10	-4	22	6
	Різниця (+/- до базового рівня), %	0%	1%	-1%	1%	-1%	-2%	-1%	4%	1%

Джерело [47]

У рамках сценаріїв 1 і 2 здійснюється оцінка впливу рівня інфляції, вищого або нижчого за очікуваний. Необхідно зазначити, що заробітна плата лікаря, факторами, завжди зростає на рівень інфляції. Отже, збільшення/зменшення заробітної плати за цими сценаріями відбувається пропорційно інфляції. У сценарії 3 оцінюється вплив ситуації, коли заробітна плата лікаря збільшується на додаткові 5% (тобто на рівень інфляції плюс 5%). Згідно зі сценарієм 4, предметом оцінки є вплив відхилення розміру витрат на заміну обладнання від очікуваного рівня зростання. Сценарії 5 і 6 спрямовані на оцінку впливу різних факторів щодо обсягу часу, відпрацьованого за день/рік, зважаючи на те, що впровадження капітаційних ставок може вплинути на обсяг робочого часу персоналу закладів і, відповідно, на обсяг часу, за який вони отримують заробітну плату [17]. У рамках сценарію 6 здійснюється комбінований аналіз чутливості за припущенням, що заробітна плата лікаря збільшиться, якщо він працюватиме більше годин, ніж очікується. У сценарії 7 оцінюється вплив факторів щодо ефективності регульованого медичного обслуговування [5; 12; 17; 20; 35; 50]. Очікується, що впровадження нової моделі фінансування забезпечить можливість економії за рахунок підвищення ефективності, проте обсяг цієї економії здебільшого невідомий. Зовнішнім джерелом даних виступає звіт «Ефективність регульованого медичного обслуговування в рамках Програми медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення штату Міссурі» (США). Однак існує багато обмежень, зокрема щодо базової групи населення (наприклад, населення, яке споживає послуги зазначеної програми у штаті Міссурі, порівняно з загальним населенням України) та положень програми. Згідно з базовим фактором, передбачається економія за рахунок підвищення ефективності, проте необхідно зрозуміти, яким буде вплив, якщо такої економії не відбудеться. Нарешті, у рамках сценарію 8 здійснюється оцінка фактора, що вартість виклику додому на 5% перевищує вартість амбулаторного прийому. Як видно з табл. 3.1, розрахований розмір капітаційної ставки буде зменшено, якщо: 1) рівень інфляції у 2018 і 2019 роках буде нижчим; 2) кількість робочих годин лікаря

збільшиться та 3) обсяг інвестицій на тлі зростання обсягів обладнання буде меншим. З іншого боку, розмір капітаційної ставки підвищиться за умови реалізації таких сценаріїв: 1) рівень інфляції зросте; 2) заробітна плата лікаря буде вищою, ніж очікується; та 3) рівень ефективності управління медичним обслуговуванням буде нижчим, ніж очікується. Усі зміни, крім підвищення рівня ефективності управління медичним обслуговуванням, не перевищують 2%. Як зазначено у сценарії 7, якщо рівень ефективності управління медичним обслуговуванням не покращиться, розрахункова сукупна вартість на пацієнта за рік збільшиться на 4%. Насамкінець, вплив становить 6 грн (1%), якщо припустити, що вартість виклику додому перевищує вартість амбулаторного прийому на 20%, а не на 5%.

2) Припущення щодо рівня споживання. Для прогнозування обсягу споживання послуг ПМД на 2019 рік було висунуто декілька економічних припущень, які є доцільними та обґрунтованими з точки зору актуарних розрахунків (або відповідають авторитетним методичним рекомендаціям). Було здійснено аналіз за вісьмома сценаріями для визначення впливу ключових припущень щодо споживання послуг на модель розрахунку капітаційної ставки на 2019 рік. Підсумкову інформацію про вплив ключових факторів наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Аналіз чутливості в контексті припущень щодо споживання послуг

Опис		Сценарії			
		Базовий рівень	1	2	3
Припущення	Незадоволений попит (діти)	10%	5%	15%	
	Незадоволений попит (дорослі)	10%	5%	15%	
	Коригування споживання	Незмінний тренд			Змінений тренд
Чутливість	Капітаційна ставка (всі вікові групи), грн	580	554	607	575
	Різниця (+/- до базового рівня), грн	0	-26	27	-5
	Різниця (+/- до базового рівня), %	0%	-5%	5%	-1%

Джерело [47]

Загалом нова модель фінансування, ймовірно, сприятиме підвищенню попиту на послуги ПМД, проте наразі невідомо, на скільки зросте такий незадоволений попит [7]. Отже, ми оцінили відповідний вплив за розрахунками, які є як вищими, так і нижчими за базовий фактор, який становить 10%. Крім того, пов'язані з ретроспективними даними обмеження підвищують невизначеність навколо розрахованих коефіцієнтів тренду для певних вікових груп. Дані про споживання послуг за 2014–2016 роки охоплювали лише 100 закладів ПМД (до вилучення статистичних відхилень), тоді як дані за 2017 рік стосувалися 277 закладів.

Як видно з таблиці, фактор щодо незадоволеного попиту безпосередньо впливає на розрахований розмір капітаційної ставки. Якщо зменшити (збільшити) базовий фактор до 5% (15%), рекомендований розмір комбінованої капітаційної ставки зменшиться (збільшиться) на 5%. Внаслідок вилучення статистичних відхилень з даних розрахунку загальної тенденції споживання послуг ми отримали різницю, яка дорівнює -1%.

3.2. Шляхи підвищення ефективності роботи та стратегічного розвитку КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» увійшло в число перших закладів в державі, які уклали договір з НСЗУ та залишається в рейтингу найбільших закладів за обсягом медичної практики в Хмельницькій області та державі. В 2019 році був завершений перехід від територіального (дільничного) принципу надання первинних медичних послуг до їх надання командою первинної медичної допомоги.

В рамках реформування системи охороною здоров'я продовжується робота з виконання Урядової програми «Доступні ліки», затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 р. № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» щодо реімбурсації вартості ліків від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу,

бронхіальної астми. Медичними працівниками в 2019 році було виписано 48770 електронних рецептів, за якими – 10333 жителям м.Хмельницького та тимчасово переміщенні особи отримали лікарські засоби безкоштовно або з частковою сумою відшкодування їх вартості.

Враховуючи надзвичайно важливе місце даного підприємства у життєзабезпеченості як нашого міста так і області, з метою забезпечення його ефективної роботи та стратегічного розвитку, на нашу думку, необхідно провести SWOT-аналіз діяльності комунального некомерційного підприємства, результати якого представлено в табл. 3.3.

Таблиці 3.3

**SWOT-аналіз КП «Хмельницький міський центр
первинної медико-санітарної допомоги № 2»**

Сильні сторони	Слабкі сторони
Потужна підтримка місцевої влади Мережа закладів охорони здоров'я, наближена до пацієнта Географічне охоплення Легка доступність до транспортних мереж Впровадження МІС та мережу інтернет Компактна і ефективна структура ПМД Висока укомплектованість матеріально-технічної бази Наявні кошти для створення механізму фінансової мотивації Комунікативні навички персоналу у вирішенні конфліктів Комфортний клімат в колективі, колегіальність Сучасна зона рецепшин, навчені працівники, відпрацьовані процесом реєстрації та маршрутизації пацієнтів	Залежність фінансування від розвитку реформи охорони здоров'я Помірний ступінь кваліфікації персоналу
Можливості	Загрози
Високий рівень пільгового забезпечення містян медикаментами Потужна підтримка місцевої влади Позитивне ставлення населення до сімейних лікарів Приймання пацієнтів із інших районів	Конкуренція з боку інших надавачів первинної медичної допомоги (комунальних та приватних центрів у місті) Частина населення залишається пасивна до вибору лікаря через недовіру до первинної ланки

Джерело [Складено автором самостійно]

Таким чином, результати проведеного SWOT-аналізу дозволяють визначити цілі діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2», зокрема такі як:

Цілями діяльності підприємства є:

1. Розширення мережі та ремонт приміщень амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;

2. Забезпечення належного матеріально-технічного оснащення лікарськими засобами амбулаторій відповідно до примірного табеля оснащення та забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення, витратними матеріалами для надання невідкладної медичної допомоги населенню;

3. Забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення на безоплатній основі та частково оплачувані;

4. Забезпечення в повному об'ємі туберкуліном для проведення діагностики серед дитячого населення міста.

5. Впровадження нових сучасних медичних та ІТ-технологій, електронного обміну медичної документації з вторинною ланкою лікувальних закладів міста.

6. Оплата праці відповідно до кількісних та якісних показників, здійснення заохочувальних заходів за проведення профілактичних медичних оглядів окремих категорій населення, диспансеризації, вакцинації пацієнтів за надання медичної допомоги та утримання в програмах лікування хворих на туберкульоз та людей, які живуть з ВІЛ, додаткові фінансові заохочення до професійних свят.

7. Запровадження електронного запису на прийом до лікаря вторинної ланки безпосередньо з прийому лікаря, надавача ПМД.

8. Розширення переліку медичних послуг, які не входять до переліку обов'язкових для надавача ПМД, включення їх в ліцензію на медичну практику,

розрахунок їх вартості за тарифами з метою збільшення привабливості закладу для клієнтів (УЗД діагностика, методи фізичної реабілітації).

9. Придбання медичного обладнання, введення посад кваліфікованих спеціалістів для додаткових медичних послуг.

10. Дотримання правових, економічних, управлінських механізмів, забезпечення конституційних прав на охорону здоров'я.

11. Розробка та впровадження системи мотивації та індикаторів оцінки працівників центру.

Слід зазначити, що починаючи з часу своєї діяльності як комунального некомерційного підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» підприємство розроблено стратегічний план розвитку підприємства, який представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Стратегічний план розвитку комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради на 2019 рік

Стратегічна ціль	Кількісний показник	Всього, тис. грн.	Обсяг фінансування, в т.ч. кошти НСЗУ (тис. грн.)
1	2	3	4
Забезпечення робочих місць медичного персоналу комп'ютерним обладнанням	95 од.	1206,0	1206,0
Забезпечення закладу матеріально-технічним оснащенням	988 од.	2309,1	2309,1
Автоматизація процесу збору та обробки медичної інформації	1 послуга	700,0	700,0
Покращення умов перебування працівників та пацієнтів в закладі	поточний ремонт 8-ми амбулаторій	1300,0	1300,0
	капітальний ремонт 5-ти амбулаторій	1250,0	1250,0
Упорядкування місць очікування пацієнтів	12 од.	102,2	102,2
Організація та облаштування в амбулаторіях кабінетів здорової дитини та місць для дитячих візків	12 од.	54,9	54,9
Забезпечення інформування пацієнтів щодо діяльності підприємства	32 стенда	53,0	53,0

Проведення профілактичних щеплень всім віковим групам населення	14 тис. населення	200,0	200,0
Посилення контролю за станом захворюваності населення на небезпечні хвороби (експрес діагностика ВІЛ, гепатиту В, С та інші)	13,5 тис. населення	200,0	200,0
Забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням лабораторних досліджень	100 тис. обстежень	2000,0	2000,0
Всього:		9375,2	9375,2

Джерело [Складено автором самостійно]

Моніторинг виконання завдань і досягнення стратегічних цілей є обов'язковим елементом діяльності команди зі стратегічного управління. Універсальність моніторингу як інструменту, що застосовується в різних сферах суспільства, виявляється в його функціональній розмаїтості, тобто у визначених функціях моніторингу, які представлені в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Характеристика функцій моніторингу

Функція моніторингу	Характеристика
Діагностична	Визначення стану процесу, проблем, що виникли, їх відхилення від норми
Аналітична	Включає різні напрями аналізу отриманих їх результатів: параметрів об'єкта, ситуаційний, проблемний, причинно-наслідковий
Моделююча	Побудова моделей ситуацій і впливів на них
Перевірочна	Перевірка гіпотез щодо різних аспектів розвитку об'єкта
Прогностична	Побудова моделей майбутнього (пошуковий прогноз) і моделей шляхів його досягнення (нормативний прогноз)
Практична	Вироблення моделі корекції об'єкта управління відповідно до його цілей і завдань

Джерело [Складено автором самостійно]

Необхідно відмітити, що протягом 2019 року виконання стратегічного плану підприємства виглядав наступним чином:

- 72,8 % виконано стратегічну ціль підприємства «Забезпечення робочих місць медичного персоналу комп'ютерним обладнанням» (табл. 3.6):

Таблиця 3.6

Ступінь виконання стратегічної цілі «Забезпечення робочих місць медичного персоналу комп'ютерним обладнанням» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Придбання комп'ютерів	35 од.	700,0	35 од.	612,9	100
2	Придбання принтерів та багатофункціональних пристроїв	60 од.	345,0	11 од.	122,8	18,3
3	Навчання персоналу роботі з медичними інформаційними системами	230 чоловік	161,0	230 чоловік	161,0	100
Середнє значення, %						72,8

Джерело [Складено автором самостійно]

- 91,7 % виконано стратегічну ціль підприємства «Забезпечення закладу матеріально-технічним оснащенням» (табл. 3.7):

Таблиця 3.7

Ступінь виконання стратегічної цілі «Забезпечення закладу матеріально-технічним оснащенням» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Придбання електрокардіографів	26 од.	1126,7	26 од.	1126,7	100
2	Придбання отофтальмоскопів	100 од.	510,0	100 од.	450,0	100
3	Придбання вимірювачів артеріального тиску	100 од.	49,9	100 од.	49,9	100
4	Придбання сухожарових шаф	2 од.	20,0	2 од.	19,8	100
5	Придбання іншого медичного обладнання	760 од.	602,5	445 од.	512,8	58,6
Середнє значення, %						97,2

Джерело [Складено автором самостійно]

- 100 % виконано стратегічну ціль підприємства «Автоматизація процесу збору та обробки медичної інформації» (табл. 3.8):

Таблиця 3.8

Ступінь виконання стратегічної цілі «Автоматизація процесу збору та обробки медичної інформації» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Послуги з приєднання та використання медичної інформаційної системи	1 послуга	700,0	1 послуга	270,0	100
Середнє значення, %						100

Джерело [Складено автором самостійно]

- 58,3 % виконано стратегічну ціль підприємства «Покращення умов перебування працівників та пацієнтів в закладі» (табл. 3.9):

Таблиця 3.9

Ступінь виконання стратегічної цілі «Покращення умов перебування працівників та пацієнтів в закладі» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Проведення поточного ремонту приміщень	8 послуг	1300,0	8 послуг	1017	100
2	Здійснення капітального ремонту приміщень	4 послуги	1050,0	3 послуги	627	75
3	Виготовлення проектно-кошторисної документації на реконструкцію нежитлового приміщення	1 послуга	200,0	0 послуг	0	0
Середнє значення, %						58,3

Джерело [Складено автором самостійно]

- 94,3 % виконано стратегічну ціль підприємства «Упорядкування місць очікування пацієнтів» (табл. 3.10):

Таблиця 3.10

Ступінь виконання стратегічної цілі «Упорядкування місць очікування пацієнтів» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Придбання дитячих куточків	12 комплектів	23,1	10 комплектів	22,2	83
2	Придбання рециркуляторів повітря	8 шт.	17,1	8 шт.	17,1	100
3	Придбання лавок	35 шт.	62,0	35 шт.	62,0	100
Середнє значення, %						94,3

Джерело [Складено автором самостійно]

- 66,7 % виконано стратегічну ціль підприємства «Організація та облаштування в амбулаторіях кабінетів здорової дитини та місць для дитячих візків» (табл. 3.11):

Таблиця 3.11

Ступінь виконання стратегічної цілі «Організація та облаштування в амбулаторіях кабінетів здорової дитини та місць для дитячих візків» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Придбання столиків дитячих	12 шт.	24,0	0	0	0
2	Придбання табличок	12 шт.	0,9	12 шт.	24,0	100
3	Облаштування козирька	1 послуга	30,0	1 послуга	30,0	100
Середнє значення, %						66,7

Джерело [Складено автором самостійно]

- 115 % виконано стратегічну ціль підприємства «Покращення доступності та якості медичних послуг» (табл. 3.12):

Таблиця 3.12

Ступінь виконання стратегічної цілі «Покращення доступності та якості медичних послуг» підприємства

Захід		Плановий індикатор		Фактичний індикатор		Ступінь виконання (до кількісного показника), %
№ з/п	Назва	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	Кількісний показник	Вартісний показник, тис. грн.	
1	Проведення профілактичних щеплень всім віковим групам населення	14 тис. обстежених	200	14 тис. обстежених	130,0	100
2	Посилення контролю за станом захворюваності населення на небезпечні хвороби (експрес - діагностика ВІЛ, гепатиту В,С та ін.)	13,5 тис. обстежених	200,0	13,5 тис. обстежених	130,0	100
3	Забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням лабораторних досліджень	100 тис. лабораторних обстежених	2000,0	100 тис. лабораторних обстежених	2000,0	100
Середнє значення, %						100,0

Джерело [Складено автором самостійно]

Отже, результати аналізу стратегічного плану КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» вказують на високий ступінь досягнення стратегічних цілей.

На нашу думку, до найважливіших аналітичних завдань моніторингу належать:

- аналіз структурних характеристик об'єкта моніторингу (соціально-демографічних, професійно-кваліфікаційних, освітніх тощо) з метою виявлення основних тенденцій його розвитку;
- аналіз основних напрямів, форм, проблем життєдіяльності організації;
- аналіз дієвості й ефективності об'єкта в цілому й діяльності

окремих його інституцій.

Як ми вважаємо, подальший розвиток та функціонування даного комунального некомерційного підприємства можливий на основі удосконалення роботи у визначених напрямках, табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Пріоритетні напрями функціонування КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2»

Назва напрямку	Характеристика напрямку
Формування якісного складу працівників	<ul style="list-style-type: none"> - Організація системи підготовки і перепідготовки кадрів, постійно підвищувати фаховий рівень сімейних лікарів шляхом навчання на курсах тематичного удосконалення, семінарах, тренінгах, обміну досвідом. - Залучення до закладу молодих фахівців, створюючи конкурентні позиції за підтримки громади (забезпеченням житлом). - Поліпшення соціальних умов працівників шляхом : забезпечення стимулювання роботи персоналу, введення системи заохочень та бонусів. - Впровадження заходів для відпочинку персоналу.
Покращення якості медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> - Збереження і покращення здоров'я населення. - Гарантована доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги. - Впровадження інформаційних технологій у закладах охорони здоров'я міста (електронна медична картка та система запису на прийом до лікаря). - Впровадження додаткових послуг (додаткові обстеження). - Покращення якості надання медичної допомоги. - Збільшення штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини шляхом її поетапної перереєстрації; систематична організація навчання персоналу, тренінгів обміну досвідом. - Впровадження системи стандартизації медичної допомоги. - Розробка та впровадження системи оцінки якості надання медичної допомоги. - Покращення якості профілактичної роботи. - Проведення тренінгів. - Просвітницька робота з населенням через медіа-ресурс. - Створення кабінету здоров'я, організація шкіл здоров'я для 5-6 чоловік зі спільними потребами, проведення «Ярмарок здоров'я». - Організація доступу до медичної допомоги вторинного та третинного рівня сімейним лікарем (організація єдиного реєстру амбулаторних карток за вказівкою центру, структурного підрозділу або лікаря, можливість консультування з вузькими спеціалістами без самого пацієнта та організація консультування з вузькими спеціалістами пацієнтів на віддалених амбулаторіях в певні дні). - Моніторинг та аналіз здоров'я населення, доступності медичної допомоги, анонімне опитування пацієнтів задоволеністю отриманих медичних послуг в закладі. - Відкриття дитячих майданчиків біля амбулаторій. - Забір біоматеріалу в усіх амбулаторіях. - Створення чергового кабінету для надання невідкладної допомоги та обслуговування домашніх тварин.
Покращення умов надання медичної	<ul style="list-style-type: none"> - Ремонти та облаштування невідповідних приміщень. - Удосконалення матеріально-технічної бази підрозділів закладу (відповідно до

допомоги	<p>стандартів).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дотримання вимог «Клієнт сервісу». - Включення в єдину інформаційну систему міста між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів. - Збільшення площ сімейних амбулаторій для забезпечення 7-мигодинного робочого часу для бригади ПМД. - Дотримання санітарно-епідемічного благополуччя території громади. - Забезпечення у всіх підрозділах закладу вимог щодо доступності маломобільних груп населення (пандуси, таблички, туалети тощо).
Розвиток стосунків з населенням	<ul style="list-style-type: none"> - Створення культури довіри між медичними працівниками та жителями міста за рахунок проведення семінарів-тренінгів для медичних працівників та діалог медичних працівників з населенням міста у форматі круглих столів, покрокове роз'яснення суті реформування медичної галузі на сайті міста. - Залучення засобів масової інформації, навчальних закладів та громадських організацій до більш широкого інформування населення з питань профілактики, раннього виявлення та ефективного лікування захворювань. - Активна освітня робота з населенням з формування здорового способу життя. - Робота в соціальних сітках (фейсбук) та створення сайту закладу з можливістю зворотного зв'язку для зручності пацієнтів з висвітленням цікавої та корисної інформації щодо проведення річних заходів, профілактики захворювань, графіку роботи лікарів, створення рейтингу лікарів. - Створення системи клієнтського сервісу та його впровадження, навчання персоналу (мобільні телефони на рецензії кожного структурного підрозділу, запровадження 24/7 телефонної консультації лікаря).

Джерело [Складено автором самостійно]

Таким чином, здійснюючи КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» в майбутньому рекомендовані нами пропозиції необхідно організувати на рівні підприємства ефективну систему моніторингу, використовуючи етапи: планування, підготовки, збору даних, аналіз та порівняння даних, звітування, використання результатів для оновлення чи перегляду існуючої на рівні підприємства стратегії розвитку.

ВИСНОВКИ

Основні наукові результати магістерської роботи дозволили розв'язати наукову проблему публічного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. Узагальнення результатів дослідження дало можливість дійти таких висновків:

1. Досліджуючи теоретико-правову характеристику публічного управління в сфері охорони здоров'я, на підставі критичного огляду думок фахівців сфери публічного управління та науковців, встановлено, що публічне управління так як окрім діяльності органів державної виконавчої влади, охоплює й діяльність органів місцевого самоврядування.

2. З'ясовано сутність та функції системи державного управління охорони здоров'я. Зокрема систему охорони здоров'я розглянуто з точки зору системи суб'єктів, що здійснюють охорону здоров'я громадян, так із з точки зору системи відносин, метою якої є охорона здоров'я громадян. Як ми вважаємо існуюча практика дослідження сутності охорони здоров'я є недосконалою, оскільки в ній відсутній об'єкт управління охорони здоров'я – здоров'я громадянина. Нами виокремлено функції органів правління та інституцій сфери охорони здоров'я за наступними рівнями: центральний, регіональний, базовий, неурядові та громадські організації; законодавчі та нормативні документи.

3. Досліджено сучасний стан впровадженням Концепції реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні завдяки дослідженню: розподілу населення України за віком та статтю; порівняння зібраних даних щодо чисельності прикріпленого населення і статистичних даних щодо чисельності населення у відповідному регіоні; кількості пацієнтів на одного лікаря ПМД в Україні та деяких країнах світу; обсяг споживання послуг амбулаторного прийому та виклику додому в розрахунку на одного пацієнта за рік із розподілом за віковими групами; витрат закладу на надання послуг за викликом додому.

4. На підставі Статуту КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» проаналізовано мету предметної діяльності підприємства. Поряд з цим здійснено аналіз стану підприємства за період з 08.05.2018 р. по 01.10.2020 р. шляхом дослідження складу та структури активів, пасивів та проведення порівняльного аналітичного звіту про фінансові результати підприємства. Результати аналізу фінансово-господарської діяльності комунального некомерційного підприємства вказують, що в умовах медичної реформи у підприємства з'явилися фінансові ресурси для вирішення нагальних проблем та стратегічного розвитку медичного закладу.

5. Спираючись на той факт, що фінансування первинної ланки з НСЗУ залежить від встановленої капітаційної ставки, в управлінців виникає потреба в прогнозуванні вартості послуг первинної медичної допомоги на основі чутливості, враховуючи такі етапи їх визначення: прогнозування обсягу споживання послуг у розрахунку на одного пацієнта на рік; прогнозування вартості одного візиту; розрахунок розміру капітаційної ставки.

6. За результатами проведеного SWOT-аналізу комунального некомерційного підприємства, здійснено моніторинг виконання завдань стратегічного розвитку КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» за 2019 рік за наступними цілями:

- 1) автоматизація процесу збору та обробки медичної інформації;
- 2) покращення доступності та якості медичних послуг (для обох цілей ступінь їх досягнення складає 100%);
- 3) забезпечення закладу матеріально-технічним оснащенням (ступінь досягнення цілі – 97,2%);
- 4) упорядкування місць очікування пацієнтів (ступінь досягнення цілі – 94,3%);
- 5) забезпечення робочих місць медичного персоналу комп'ютерним обладнанням (ступінь досягнення цілі – 72,8%);
- 7) організація та облаштування в амбулаторіях кабінетів здорової дитини та місць для дитячих візків (ступінь досягнення цілі – 66,7%);

8) покращення умов перебування працівників та пацієнтів в закладі (ступінь досягнення цілі – 58,3%).

Враховуючи досить високий рівень досягнення поставлених цілей, та з метою забезпечення надання якісних послуг підприємством, нами визначено наступні пріоритетні напрями діяльності медичного підприємства: формування якісного складу працівників; покращення якості медичних послуг; покращення умов надання медичної допомоги; розвиток стосунків з населенням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: національна програма економічних реформ на 2010–2014 роки : Верховна Рада України від 12.03.2013 № 128/2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/128/2013#Text> (дата звернення: 24.10.2020).
2. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 29.11.1992 № 2802-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.10.2020).
4. Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.10.2020).
5. Про внесення змін до Податкового кодексу України (щодо стимулювання добровільного медичного страхування) : проект Закону України від 25.06.2014 № 4164а. Аптека. 2014. № 27. С. 20–21.
6. Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні : Указ Президента України від 22.07.1998 № 810/98. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/810/98> (дата звернення: 15.09.2020).
7. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р URL : <http://consultant.parus.ua/?doc=0AFDJ3C17A>.
8. Авер'янов В. Державне управління в Україні : навчальний посібник. Київ : ТОВ «СОМІ», 2019. 265 с.
9. Аналітичні записки з розробки напрямів державної політики / Укл. В. Романов, О. Кілієвич. Київ.: УАДУ, 2017. 236 с.

10. Атаманчук Г. Теория государственного управления: курс лекций, 4-е изд., дополн. Москва : Омега-Л, 2016. 584 с.
11. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. Київ : МАУП, 2017. 328 с.
12. Бас М. А. Значення медичного страхування у системі задоволення потреб населення. Економічний форум. 2014. № 3. С. 221–226.
13. Бердник О.В., Добрянская О.В., Рудницькая О.П., Скочко Т.П. Здоровье населения как критериальная характеристика качества. Довкілля та здоров'я. 2018. № 1. С. 4 – 8.
14. Білінська М., Жаліло Л., Мартинюк О. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. Вісник НАДУ. 2013. № 3. С. 92–98
15. Вебер М. Избранные произведения. Москва : Прогресс, 2010. 804 с.
16. Войтович Р. В. Вплив глобалізації на систему державного управління (теоретико-методологічний аналіз) : монографія / за заг. ред. д-ра філос. наук, проф. В. М. Князева. – Київ : Вид-во НАДУ, 2007. – 680 с.
17. Болдова А. А., Мойко В. Ю. Особливості медичного страхування в Україні : зб. наук. пр. Нац. ун-ту держ. подат. служби України. 2012. № 2. С. 33–38.
18. Васильчак С. В. Регіональна політика розвитку ринків медичного страхування. Формування ринкових відносин в Україні. 2016. № 5. С. 79–82.
19. Виноградов О. Державне управління ресурсами охорони здоров'я: перший - оцінка вартості медичної послуги // Матеріали ІV Всеукраїнської науково-практичної конференції з медичного права «Медичне право України : проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення» (22-24 квітня 2010 р., м. Львів). Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2010. С. 57-59.
20. Вороніна О. О. Оцінка перспектив розвитку медичного страхування у регіоні. Ефективна економіка. URL :

- <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5513> (дата звернення 04.11.2020)
21. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/en/> (дата звернення: 15.10.2030).
 22. Гірник Є. Суспільний сектор економіки в параметрах інституцій держави: структурно-теоретичний аналіз. Науковий погляд: економіка та управління. 2016. № 1 (55). С. 161–168.
 23. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. Київ : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
 24. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування та реалізації) : монографія. Тернопіль, Економічна думка, 2005. 460 с.
 25. Голубь В. В. Ефективна держава у контексті соціальних трансформацій. Теорія та практика державного управління : зб. наук. праць. 2013. № 4. С.23-38.
 26. Гребняк Н.П., Агарков В.А., Грищенко С.В. Здоров'я населення України в глобальному измеренні. Медичні перспективи. 2012. Т.ХІІ. № 1. – С.128-134.
 27. Державне управління : курс лекцій / В. Бакуменко, Д. Дзвінчук, О. Поважний. Івано-Франківськ : Місто НВ, 2014. 536 с.
 28. Державне управління охороною здоров'я України : монографія. / В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Н. П. Ярош, Л. А. Чепелевська, М. В. Шевченко, А. С. Кутуза, О. М. Ціборовський, С. В. Істомин, Н. Ю. Кондратюк, Н. Т. Кучеренко, Г. М. Тяпкін. Київ : ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. 312 с.
 29. Длугопольський О. Суспільний сектор економіки і публічні фінанси в епоху глобальних трансформацій: Монографія. Тернопіль: Економічна думка ТНЕУ, 2011. 632 с.
 30. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Звіт Комісії проекту TacisBISTRO. URL:

- https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf (дата звернення 14.09.2020).
31. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. Ковбасюка (голова), В. Трощинський (заст. голови), Ю. Сурмін, [та ін.]. Київ : НАДУ, 2011. Т. 4. 648 с.
32. Європейське регіональне бюро ВООЗ. URL: <http://www.euro.who.int/ru/home> (дата звернення: 15.11.2020).
33. Зима І. Я. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі. Стратегія і тактика державного управління. 2018. №1-2. С. 85-95.
34. Кастельс М. Становлення суспільства мережних структур : збірник // Новая постиндустриальна волна на Западі. Москва: Антологія, 2009. 285 с.
35. Коваль О. А., Ночвай О. І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2905> (дата звернення 27.11.2020)
36. Колесникова К. Співвідношення державного управління та публічного адміністрування у процесі суспільної трансформації. URL: <http://www.kbuara.kharkova.ua/e-book/putp/2013-3/doc/1/06.pdf> (дата звернення 27.10.2020).
37. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 2 (49). С. 198-206.
38. Майданник Р. А. Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України. Медичне право. 2013. № 1 (11). С. 33-42.
39. Мартиненко В. Демократичне врядування: проблеми теорії та практики. Публічне управління: теорія та практика. 2010. № 1. С. 16-22.

40. Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організацій охорони здоров'я : підручник / уклад.: С. М. Шортел, А. Д. Калюжний ; пер. з англ. Л. Тарануха. 3-тє вид. Київ : Основи, 1998. 556 с.
41. Назаренко Г. И., Полубенцева Е. И. Управление качеством медицинской помощи : монографія. Москва: Медицина, 2000. 240 с.
42. Найговзина Н. Б., Ковалевский М. А. Система здравоохранения в Российской Федерации : организационно-правовые аспекты. Москва: Классик-Консалтинг, 2009. С. 19.
43. Національна служба охорони здоров'я. URL: <http://nszu.gov.ua/pro-nszu> (дата звернення: 15.09.2020).
44. Новий тлумачний словник української мови в чотирьох томах [уклад. В. Яременко, О. Сліпушко]. Т.3. Київ: Аконіт, 2001. 927 с.
45. Пирогов М.В., Успенська І.В., Козаченко М.А. Международный и отечественный опыт реформирования здравоохранения: монографія. – Москва.: Панорама, 2012. 80 с.
46. Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». (2018). «Капітаційна ставка в Україні на 2019 рік». Київ, 2018. Капітаційна ставка в Україні на 2019 рік / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018.
47. Рудь В. Я. Прогноз економічної ефективності та ефективності управління медичним обслуговуванням. VIII Всеукраїнська заочна науково-практичній конференції «Становлення та розвиток місцевого самоврядування в Україні». Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова. 7 грудня 2020 року. С. 12-15.
48. Семигіна Т. Охорона здоров'я в суперечливих умовах глобалізації-локалізації. Наук. зап. Нац. ун-ту «Києво-Могилянська академія». 2016. Т. 121. Політ. науки. С. 21–25.
49. Система. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/система> (дата звернення: 15.09.2020).
50. Скороход А. В. Можливості запровадження добровільного медичного страхування в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 102–104.

51. Степанова О. В., І.В. Іголкін. Реформування системи охорони здоров'я у США. Фінанси України. 2017. № 3. С. 70 (с. 69-82).
52. Стеценко С., Стеценко В., Сенюта І. Медичне право України : підручник / за заг. ред. С. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.
53. Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів / авт.-упоряд.: Г. Андрощук, І. Жилияєв, Б. Чижевський, М. Шевченко. Київ: Парламентське вид-во, 2009. 632 с.
54. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білінська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. Київ : МАУ, 2007. 376 с.
55. Файззулин Р., Шигалов З., Васильєв Л., Бакаєв А. Современные задачи инновационного развития вуза. Инновация. 2013. № 2 (172). С. 7–18.
56. Філіпова Н. Зміна співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування», «публічне управління» в системі суспільно-політичної трансформації. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=865> (звернення: 15.09.2020).
57. Черненко В.В., Рудий В.О. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України : монографія. Київ: Академпрес, 2002. 112 с.
58. Шаров Ю. Сучасна парадигма суспільного управління і стратегічне мислення державних службовців. URL: [www.guds.gov.ua/control/uk/publish/article\\$jsessiinid...?art_id=37695&cat_id...](http://www.guds.gov.ua/control/uk/publish/article$jsessiinid...?art_id=37695&cat_id...) (дата звернення: 14.09.2020)
59. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України. Київ: ДУ «УІСД МОЗ України». К. 2017. 516 с.

60. Яременко О., Розы Т. Институциональные характеристики финансовой глобализации. Научные труды ДонНТУ. Серия: Экономическая. 2019. Вып. 37-1. С. 153–157.
61. Global health governance: a conceptual review / Dodgson R. [та ін.]. – [S. l. : s. n.], 2012.
62. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? / Pas R. Van de [и др.] // Global Challenges. 2017. № 1 (1). P. 47–60.
63. Sridhar D. Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making / D. Sridhar, R. Batniji // The Lancet. 2018. № 9644 (372). P. 1185–1191.

ДОДАТКИ

Виконала: студентка
магістратури за спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування заочної форми
навчання

_____ В.Я. Рудь

Науковий керівник:
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування,
к.е.н., доцент

_____ Л.В. Ваганова

Робота допущена до захисту:
завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування,
д.держ.упр., доцент

_____ Е.В. Щепанський