

**ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА**

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему:

**УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ІННОВАЦІЙНИМИ
ПОТОКАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Виконав: Дзісяк-Мокра Анжеліка
Петрівна, студент магістратури за
спеціальністю 281 Публічне управління та
адміністрування заочної форми навчання

Науковий керівник: Підлісна Тетяна
Віталіївна, доцент кафедри, кандидат наук
з державного управління

Рецензент:

АНОТАЦІЯ

Дзісяк-Мокра Анжеліка Петрівна. Ресурсне забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я. – Рукопис.

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування.

У першому розділі висвітлено теоретико-методичні засади ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я.

У другому розділі проведено аналіз ресурсного забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я.

У третьому розділі запропоновані напрями удосконалення механізму ресурсного забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 105 позицій, містить 3 додатки, 11 рисунків та 18 таблиць.

ANNOTATION

Dzisyak-Mokra Anzhelika Petrovna. Resource support of the health care institution. - Manuscript.

Master's thesis for a master's degree in 281 Public Administration. The first section outlines the theoretical and methodological foundations of health care resource provision.

The second section analyzes the resources provided by the healthcare institution under study.

The third chapter proposes ways to improve the resource provisioning mechanism of the healthcare institution under study.

The final qualification work consists of an introduction, three sections, conclusions, a list of used sources of 105 positions, contains 3 appendices, 11 figures and 18 tables.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Ресурсозабезпечення як фактор і функція діяльності закладу охорони здоров'я	8
1.2. Види ресурсів та їх класифікація	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	24
2.1. Види ресурсів та оцінка рівня забезпеченості ними функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	24
2.2. Аналіз процесу формування і використання ресурсів в досліджуваному закладі охорони здоров'я	40
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	47
3.1. Сценарне прогнозування і моделювання ресурсозабезпечення діяльності закладу охорони здоров'я.....	47
3.2. Диверсифікація джерел ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я.....	58
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	80

ВСТУП

Актуальність проблеми. Одним з основних системних чинників, які суттєво впливають на ефективність функціонування будь-якого закладу охорони здоров'я, як наслідок, на його динамічний розвиток, є ресурсне забезпечення поточної та перспективної діяльності. Під впливом саме цього чинника має досягатися така важлива умова стабільно тривалої й ефективної діяльності закладу охорони здоров'я як збалансованість між потребами діяльності та ресурсами, які їх забезпечують.

Потреби, як правило, носять необмежений характер, на відміну від ресурсів, обмежених через їхню відсутність як таку або через складність отримання. Для дотримання цієї умови заклад охорони здоров'я має визначити й реалізувати системно пов'язані етапи процесу ресурсного забезпечення, запорукою чого є побудова надійного механізму, покликаного створити основу для розроблення системи інституційних елементів, необхідних для розподілу і перерозподілу ресурсів медичною установою та її структурними підрозділами, а також трансформації ресурсів з однієї форми в іншу. Сьогодні, на жаль, немає єдиного методологічного підходу до визначення і формування механізму ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, здатного врахувати комплекс особливостей цього процесу. Розробленню механізму ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я крізь призму ефективності його діяльності як складної економічної системи повинне сприяти ретельне вивчення таких особливостей. Дослідження особливостей ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я, що виступає основою побудови механізму його реалізації, має не лише теоретичне, а й важливе практичне значення.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблема ресурсного забезпечення діяльності організацій досліджувало багато науковців, зокрема Л. Абалкін, Т. Безверхнюк, Н. Богацька, І. Вовк, Р. Грант, О. Кремень,

К. Кузнєцова , А. Мельник, Л. Мельник, А. Полянська, К. Прохалада, А. Чорна та ін. Незважаючи на велику кількість досліджень теоретичні та практичні аспекти управління ресурсним забезпеченням у процесі функціональної діяльності закладів охорони здоров'я є дискусійними і потребують подальшого дослідження.

Метою роботи є здійснення теоретичних узагальнень та наведення практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети у випускній кваліфікаційній роботі виконуються наступні завдання:

- теоретичний аналіз поняття «ресурсне забезпечення» та визначення його ролі в діяльності закладу охорони здоров'я;
- систематизація та узагальнення різних видів ресурсів та формування їх узагальненої класифікації;
- проведення діагностики видів ресурсів та оцінка рівня забезпеченості ними функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- проведення аналізу формування і використання ресурсів в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- обґрунтування необхідності використання сценарного прогнозування і моделювання ресурсозабезпечення закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи;
- розробка шляхів диверсифікації джерел ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я;

Об'єктом дослідження є процес ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізм ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Для досягнення зазначеної мети та розв'язання поставлених задач при проведенні дипломного дослідження були використані наступні **методи дослідження**: метод системного аналізу – для дослідження ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я як системи, яка складається із взаємопов'язаних і взаємозалежних елементів; метод функціонального аналізу – для дослідження функціональної діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру; метод структурного аналізу – для дослідження організаційної структури Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру; метод узагальнення – для об'єднання результатів теоретичного дослідження визначення поняття «ресурсне забезпечення», запропонованого різними авторами; метод економіко-математичного моделювання – для побудови моделі ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення механізму ресурсного забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я можуть бути використані в роботі Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру та інших закладів охорони здоров'я.

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 99 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 105 найменувань, містить 18 таблиць, 11 рисунків і 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Ресурсозабезпечення як фактор і функція діяльності закладу охорони здоров'я

Серед різних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я будь-якого профілю важливе місце посідає ресурсне забезпечення та створення належних умов праці. Відомо, що результативність профілактичної та лікувально-діагностичної роботи лікарів та середнього медичного персоналу визначається не тільки рівнем їхньої компетентності, знань і умінь, ставленням до своїх функціональних обов'язків, а й рівнем матеріально-технічного забезпечення, технологічної оснащеності закладу охорони здоров'я, в якому вони працюють, належними умовами праці.

Отже, ресурсне, у т.ч. матеріально-технічне, технологічне, інформаційне забезпечення закладів охорони здоров'я є одним з визначальних критеріїв, який врешті-решт визначає якість медичних послуг. Важливим завданням менеджменту закладу охорони здоров'я є постачання та забезпечення функціонування необхідного медичного обладнання, апаратури, засобів комунікації, збереження і передачі інформації, забезпечення та своєчасне поповнення інструментарію, розхідних матеріалів, ліків та виробів медичного призначення, інвентаря, господарчих товарів тощо [16].

У сучасних умовах управління ресурсним забезпеченням медичних послуг дозволяє зробити процес їхнього використання більш раціональним, орієнтованим на підвищення результативності, ефективності діяльності закладу охорони здоров'я. Це сприяє посиленню їх конкурентоспроможності на ринку праці. Система управління ресурсним забезпеченням медичних послуг у

зкладах охорони здоров'я спрямовується на підтримку його в належному стані та переведення в якісно новий стан [4].

Безумовно, само по собі належне ресурсне забезпечення не гарантує високої якості послуг та відповідного стану здоров'я пацієнтів, які одержали медичні послуги в такому закладі. Проте без належного матеріального ресурсу закладу охорони здоров'я усі інші складові якості медичної допомоги не зможуть дати бажаного результату [94]. Отже, наявність матеріально-технічної та інформаційної бази, що відповідає сучасному рівню розвитку медичної науки і вимогам нормативних документів зі стандартизації, у т.ч. положенням уніфікованих клінічних протоколів — необхідна умова забезпечення якості медичних послуг [69].

Значення ресурсного забезпечення полягає у своєчасному задоволенні потреб організації. А. Полянська наголошує на тому, що «значення та вплив ресурсів на ефективність роботи організації визначається роллю, яку відіграє ресурс для досягнення цілей, можливостями його заміни, рівнем впливу ціни на окремі ресурси та оцінюється системою показників, що характеризують ефективність використання ресурсів організації та визначають їх вплив на кінцеві результати діяльності» [74].

Термін «забезпечення» словник з української мови визначає як постачання чогось у достатній кількості, задоволення певних потреб, створення умов для здійснення чого-небудь, гарантування чогось, захист, охорона когось-небудь, чого-небудь від небезпеки [84, с. 19]. В літературі існує безліч підходів до розуміння ресурсного забезпечення. Окремі із них представлені в табл. 1.1.

Здійснення ресурсного забезпечення ґрунтується на наступних принципах: 1) автономність – можливість повністю забезпечити діяльність організації ресурсами; 2) безперервність – забезпечення ритмічності діяльності організації; 3) відповідність – наявні ресурси мають забезпечити виконання поставлених цілей і мети; 4) адаптивність (гнучкість) – реагування на зміни і

вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища; 5) плановість – має здійснюватися з урахуванням певної складеної програми розвитку в організації; б) цілеспрямованість – ресурси мають залучатися тільки на досягнення поставлених завдань і виконання поставлених цілей і задач функціонування; 7) ресурсозбереження – ощадливе використання ресурсів, які не підлягають відтворенню, використання енергозберігаючих технологій.

Таблиця 1.1

Трактування поняття «ресурсне забезпечення» окремими авторами

Автор/джерело	Пропоноване визначення
М. Французова	система інституційних елементів, необхідних для розподілу й перерозподілу ресурсів господарюючими суб'єктами [91]
Т. Безверхнюк	система державних заходів, спрямованих на створення матеріальних, правових, інституційних умов перетворення елементів ресурсного простору в засоби досягнення цілей [5]
А. Мельник, О. Оболенський, А. Васіна, Л. Гордієнко	сукупність ресурсів, що використовуються чи можуть використовуватися організацією для здійснення своєї діяльності [57]
А. Чорна	процес пошуку, залучення та використання різних видів ресурсів; складна система, яка включає в себе сукупність послідовних, взаємопов'язаних етапів, систематизованих до цих завдань методик, методів, моделей, які дають можливість обґрунтувати, вибрати спосіб ресурсного забезпечення та оцінити ефективність обраного способу [90]
О. М. Кремінь	сукупність певних видів ресурсів (матеріальних, технологічних, трудових, фінансових, інформаційних, інтелектуальних) і джерел їх формування, що беруть безпосередню участь у процесах розвитку організації або можуть бути мобілізовані з метою забезпечення широкомасштабного використання його потенційних можливостей та переходу до якісно нового стану [46]
К. Кузнєцова	це можливість організації забезпечити свою діяльність необхідною кількістю та набором ресурсів для досягнення позитивного економічного ефекту в певний момент часу [48]
В. Алькема, Т. Пазєєва	комплекс заходів забезпечення організації ресурсами відповідного виду та складу, що включає механізми пошуку, отримання, зберігання, накопичення, планування, обліку, використання та витрат [1]
І. Сокових	сукупність ресурсів доступних господарському суб'єкту, які можуть бути включені в процес виробництва в різних комбінаціях, що визначаються технологіями з врахуванням прогнозних змін умов господарювання [85]

Примітка. Узагальнено автором на основі [1; 5; 46; 47; 57; 85; 90; 91]

Важливим при розгляді питання ресурсного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я є дослідження його структури. Структура ресурсного забезпечення для кожного медичного закладу є індивідуальною [10]. Але загалом ресурсне забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я підпорядковується основному закону її розвитку, який сформований наступним чином і може мати відповідний аналітичний запис (формули 1.1, 1.2, 1.3): кожна матеріальна система прагне досягнути найбільшого сумарного потенціалу при проходженні всіх етапів життєвого циклу [55, с. 356]:

$$R_j = \sum_{i=1}^n (R_{ij}); \quad (1.1)$$

$$K_j = F_j(K_{j+1}, \dots, K_m); \quad (1.2)$$

$$\sum_{i=1}^m (K_j \times R_j) \rightarrow R \max \quad (1.3),$$

де R_j – потенціал системи на етапі j життєвого циклу;

R_{ij} – потенціал (ресурс) системи в сфері i (економіка, політика, фінанси) і на етапі j ;

K_j – ваговий коефіцієнт впливу кожного попереднього потенціалу етапу на наступні;

F_j – функція цього впливу;

$R \max$ – заплановані результати по конкретних видах діяльності;

$i = \overline{1; n}$ – сфери діяльності закладу охорони здоров'я;

$j = \overline{1; m}$ – етапи життєвого циклу закладу охорони здоров'я.

Система ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я – це комплекс управлінських рішень, які направлені на мобілізацію необхідних ресурсів з метою їх перетворення на готові медичні послуги. Однією із особливостей ресурсів є набуття різних трансформаційних форм в залежності

від виду діяльності закладу охорони здоров'я, в якій даних ресурс використовується.

Для більш точного розуміння системи ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я слід розглянути детально основні структурні елементи даної системи (рис. 1.1). Основними ресурсами закладу охорони здоров'я є трудові, матеріальні, інформаційні, земельні, фінансові, технологічні тощо. В залежності від сфери діяльності, розміру, мети, вибраної стратегії розвитку медичний заклад формує необхідних ресурсний портфель для забезпечення її ефективного розвитку.

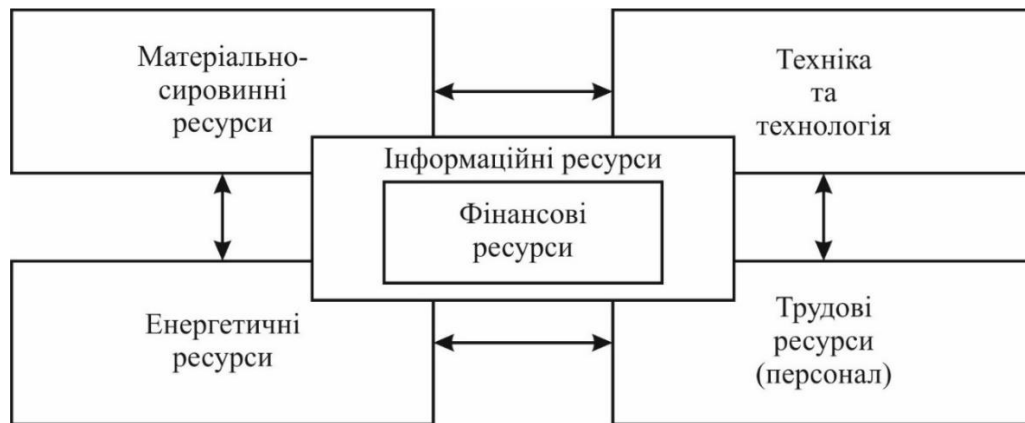


Рис. 1.1. Принципова схема структури та взаємозв'язку ресурсів закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором на основі [92]

На рис. 1.2 фінансові та інформаційні ресурси займають центральне місце, оскільки пов'язують інші ресурси і в деякій мірі можуть їх замінити. Розглянемо процес управління в розрізі чотирьох основних підсистем ресурсного забезпечення: матеріальної, фінансової, кадрової та інформаційної.

Управління матеріальними ресурсами відбувається на засадах логістичного підходу, який забезпечує раціональну інтеграцію організацій-замовників матеріально-технічних ресурсів з джерелами ресурсного забезпечення за принципами аутсорсингового постачання. Управління

трудовими ресурсами направлене на розробку концепції, стратегії кадрової політики і методів управління людськими ресурсами. Управління фінансовими ресурсами включає в себе забезпечення стабільних та життєво-важливих фінансових потоків, пошук зовнішніх джерел фінансування за умови необхідності та оптимізації структури капіталу. Важливими для організації є інформаційні ресурси адже застосування нового інформаційного курсу може спричинити дії радикального характеру, підвищити продуктивність праці, поліпшити використання інших ресурсів тощо.

З метою формування ефективної системи ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я в межах загальної системи менеджменту має бути створена дієва підсистема управління ресурсним забезпеченням, яка в кінцевому результаті забезпечить загальне підвищення ефективності її діяльності.

На рис. 1.2 представлений системний підхід до управління ресурсами закладу охорони здоров'я.

Відповідно до рис. 1.2, основними чинниками впливу на процес ресурсного забезпечення є зовнішні та внутрішні процеси функціонування закладу охорони здоров'я. Основними функціями управління ресурсним забезпеченням є: аналіз, контроль, моніторинг, прогнозування, планування та мотивація. Визначальними критеріями управління є раціональне використання ресурсів, оптимізація ресурсних витрат, впровадження енерго- та ресурсозберігаючих технологій, мінімізація ризику завдяки побудові ефективного механізму управління ресурсним забезпеченням.

Управлінню системою ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я притаманні такі властивості, як: безперервність, циклічність, залежність ефективності управління від послідовності його етапів, динамічність і стійкість.

Процес управління ресурсним забезпеченням діяльності закладів охорони здоров'я включає наступні етапи:

1) виявлення та формулювання проблеми чи задачі управління ресурсами організації, що має бути вирішення за допомогою використання минулого досвіду і наявних даних;

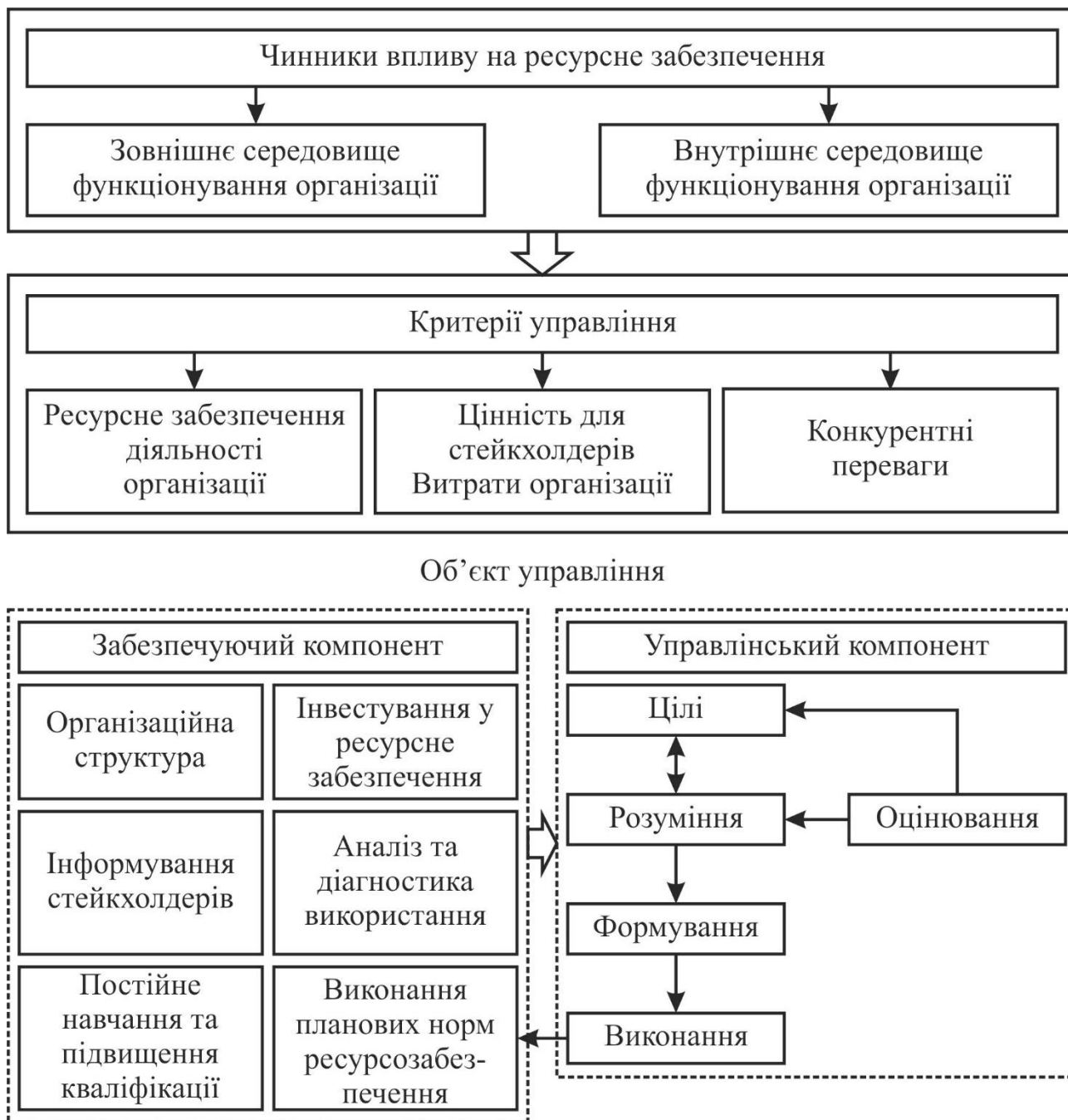


Рис. 1.2. Система управління ресурсним забезпеченням діяльності закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором на основі [86]

2) прийняття управлінського рішення щодо використання ресурсів і його реалізація;

3) аналіз результатів прийнятого рішення з погляду можливих способів його модифікації чи зміни, а також урахування його результатів у процесі нагромадження досвіду, який може бути застосований у майбутньому [71, с. 186].

Підсумовуючи викладене вище, слід підкреслити, що необхідною умовою розвитку вітчизняних закладів охорони здоров'я є вибір оптимальної структури ресурсного забезпечення для ефективної роботи в умовах динамічних змін, що відбуваються у зовнішньому середовищі. Можна виділити наступні напрямки поліпшення діяльності закладу охорони здоров'я на основі вдосконалення управління його ресурсним потенціалом: зменшення витрат на ресурсне забезпечення діяльності шляхом їх раціонального використання; уникнення непотрібних (економічно недоцільних) напрямків діяльності, що вимагають залучення додаткових ресурсів; створення конкурентних переваг на основі пошуку та вибору такої структури ресурсного забезпечення, що найбільш повно дозволить використовувати внутрішній потенціал розвитку медичного закладу.

Разом з тим, необхідною умовою ефективного використання наявних ресурсів є їх інтенсивне використання, що базується на впровадженні передових досягнень науково-технічного прогресу, застосуванні нових технологій, підвищенні рівня освіти і кваліфікації працівників, поліпшенні форм і методів організації діяльності, економній витраті людських, фінансових і природних ресурсів тощо. Розвиток на основі інтенсифікації передбачає підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я на основі раціонального використання всіх ресурсів, що базується на застосуванні найефективніших засобів і предметів праці, кваліфікованої робочої сили, передових форм і

методів організації праці, зростаючої інформованості про найновіші досягнення науково-технічного прогресу.

1.2. Види ресурсів та їх класифікація

У сучасних умовах господарювання заклади охорони здоров'я змушені функціонувати та розвиватися в умовах ресурсних обмежень, які можуть бути викликані як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. Все це знаходить відбиток на діяльності не лише окремих медичних установ, але й на галузі охорони здоров'я в цілому.

За етимологічною суттю термін «ресурси» (фр. ressource – допоміжний засіб) трактується як основні елементи потенціалу організації, які має в розпорядженні система і які використовуються для досягнення конкретних цілей економічного розвитку [91]. З латині термін ресурси перекладається («добре бути» і розглядається як засіб запуску процесу будь-якої діяльності [15]. Тлумачать ресурси як кошти, цінності, запаси, можливості, джерела коштів, доходів [54]. З економічної точки зору ресурсами є сукупність факторів, які безпосередньо чи опосередковано беруть участь у процесі виробництва або надання послуг [67, с. 268]. У широкому розумінні ресурсами вважають матеріальні та інформаційні об'єкти, джерела і передумови отримання необхідних людям матеріальних і духовних благ, які можна використовувати при існуючих технологіях та соціально-економічних відносинах [67, с. 268]. Дерев'яно Ю.М. вважає, що під категорією «ресурс» варто розуміти будь-яку субстанцію, що здатна завдяки своєму енергоінформаційному потенціалу задовольняти потреби людства (у тому числі будь-яких відкритих стаціонарних систем) [28, с. 164]. М.А. Французова визначає ресурси як «все те, що використовують економічні суб'єкти для досягнення поставлених цілей та завдань і задоволення власних потреб зовнішнього середовища» [89]. Б. Вернерфельт трактує ресурси як матеріальні і нематеріальні активи, які на

відносно постійній основі пов'язані з даною організацією [104]. К. Хелфаті і М. Петераф розглядають ресурси як актив або вхід у виробничий процес (матеріальний або нематеріальний), якими володіє організація, який вона контролює або має доступ на відносно постійній основі [97]. Також, ресурси виступають фактором внутрішніх резервів розвитку організації при умові їх ефективного використання. Це дозволяє забезпечити не лише потреби організації, але й потреби суспільства в цілому (рис. 1.3).

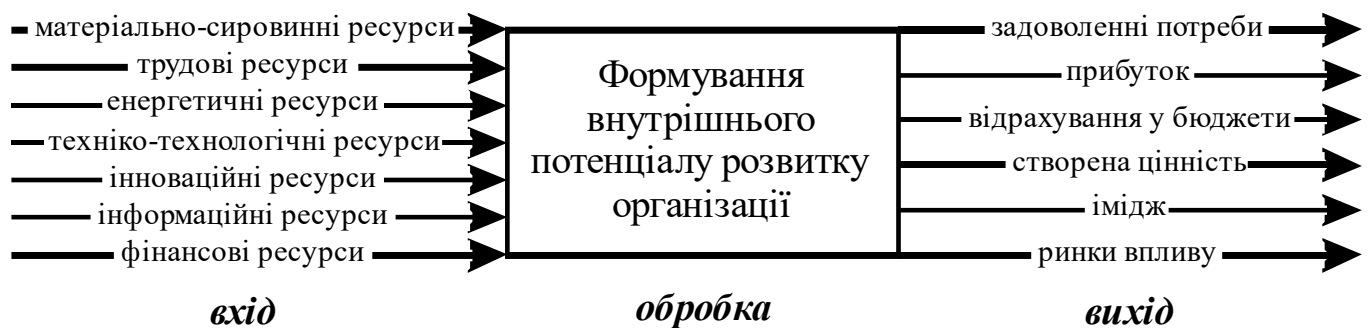


Рис. 1.3. Процес перетворення ресурсів у процесі діяльності організації

Примітка. Наведено за [74]

У сучасній економічній літературі існують різні підходи до класифікації ресурсів. Так, Закаблук Г.О. [34, с. 89] стверджує, що ресурси класифікують за такими ознаками: за походженням; за характером використання; за виробництвом; за способом відтворення. Апаршина О.І. підкреслює, що існує багато різних класифікацій ресурсів [3] та відзначає, що вони можуть бути розглянуті: за фізичним змістом, за призначенням у процесі виробництва, за ступенем використання у виробничому процесі. В своїй роботі Лопатніков Л.І. [49] розглядає ресурси як сукупність природних, виробничо-технічних, організаційних, та соціальних факторів. Найбільш поширеною є класифікація ресурсів за фізичним змістом, що передбачає їх поділ на чотири основні види

ресурсів: матеріальні, людські, фінансові та інформаційні [1]. За думкою інших авторів [15], ресурси складаються з наступних компонентів: технічні, технологічні, трудові, територіальні, інформаційні, організаційні та фінансові ресурси.

Систематизація поглядів різних науковців стосовно видів ресурсів дозволило сформувавши класифікацію ресурсів національного господарства (рис. 1.4).

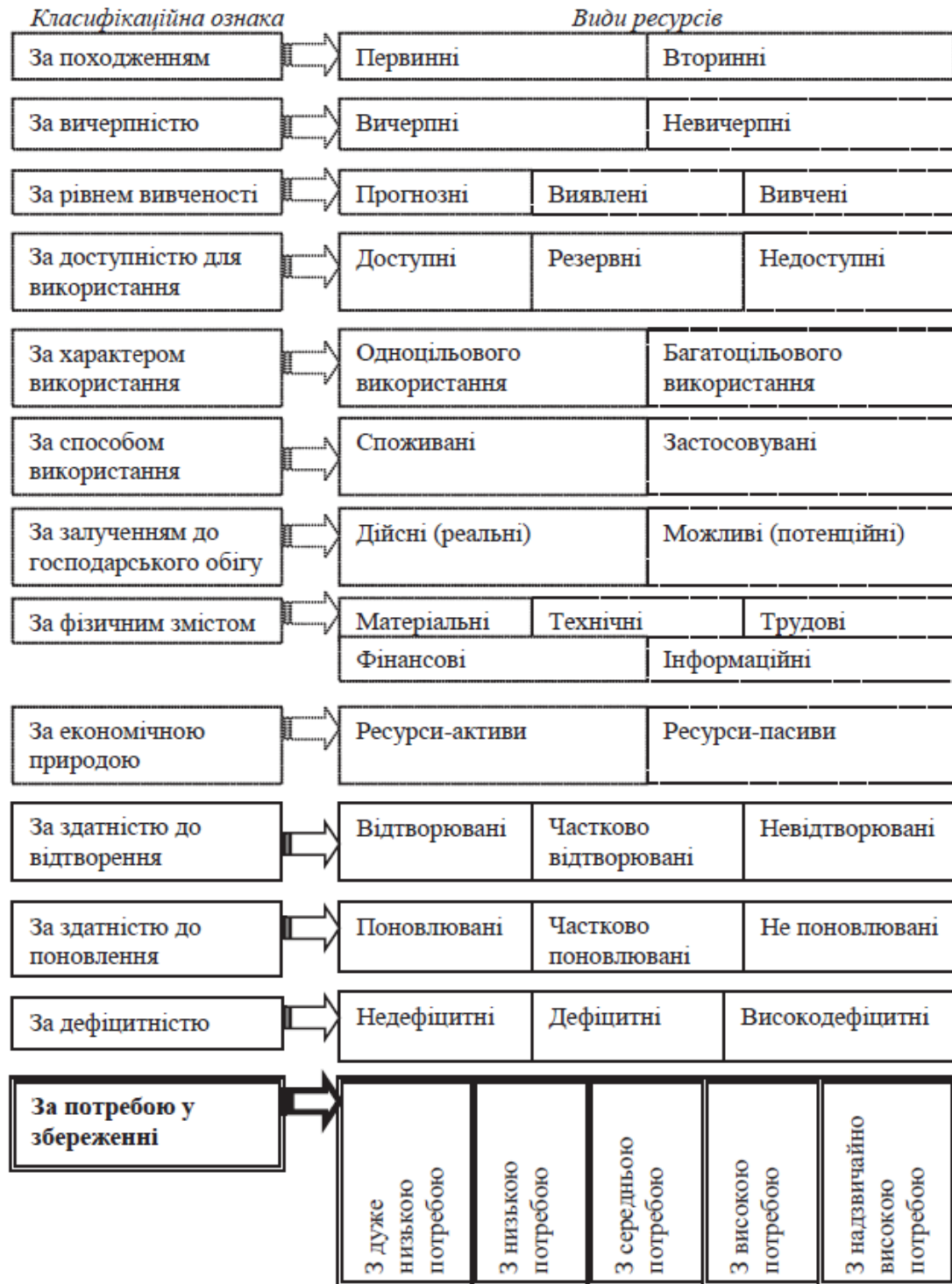


Рис. 1.4. Види ресурсів закладів охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [17, с. 29]

1. За походженням виділяють первинні та вторинні ресурси. До первинних ресурсів відносять ті, що створені природою, а до вторинних – ресурси, які створені працею людини.

2. За вичерпністю всі ресурси можна розподілити на вичерпні та невичерпні. Вичерпними є такі ресурси, які при їх видобутку і використанні не відтворюються природою або відновлюються в терміни, значно більші у порівнянні із швидкістю їхнього використання. Ресурси, існування яких необмежене часом, називаються невичерпними. При будь-якому інтенсивному споживанні їх кількість не зменшується, або зменшується настільки мало, що ця величина на практиці ігнорується.

3. За рівнем вивченості розрізняють прогнозні, виявлені та вивчені ресурси.

4. За доступністю до використання ресурси можна розділити на доступні, резервні та недоступні.

5. За характером використання виділяють ресурси одноцільового та багатоцільового призначення.

6. За способами використання виділяють споживані ресурси (повністю споживаються в ході їхнього використання, втрачаючи свою матеріально-речову форму), застосовувані (можуть використовуватися протягом тривалого часу, не змінюючи своєї матеріально-речової форми).

7. За можливістю залучення до господарського обігу природні ресурси можна поділити на дійсні (реальні) та можливі (потенційні). Реальні ресурси – ті ресурси, які в даний час використовуються. Потенційні ресурси хоча й наявні, але не використовуються внаслідок певних причин (недостатнього рівня розвитку техніки, недосконалості технології або економічної неефективності). Нерідко існування таких ресурсів має прогнозний і навіть імовірний характер.

8. За фізичним змістом пропонуємо виділяти матеріальні, технічні, трудові, фінансові та інформаційні ресурси.

9. Цікавою є класифікація ресурсів, запропонована Волковою С.В. [11], яка розрізняє ресурси-активи та ресурси-пасиви. До ресурсів-активів вона

відносить необоротні та оборотні активи, а до ресурсів)пасивів – власні, довгострокові та короткострокові залучені джерела їх формування.

10. Залежно від здатності до відтворення у природі ресурси поділяють на відтворювані та невідтворювані. До відтворюваних ресурсів належать ті, що можуть відтворюватися в природних процесах і підтримуватися у деякій постійній кількості, визначеній рівнем їх щорічного відтворення і споживання. До невідтворюваних ресурсів належать такі, використання яких можливе тільки один раз, і воно неминуче призводить до виснаження їх запасів. Поповнення цих запасів неможливе, оскільки відсутні умови, в яких вони виникли, або відбувається дуже повільно. На наш погляд, доцільно виділити проміжний вид ресурсів, а саме частково відтворювані, тобто такі, що можуть відтворюватись у природі, але темпи їх відтворення є нижчими за обсяги їх щорічного використання.

11. За поновлюваністю всі ресурси поділяють на поновлювані, частково поновлювані та не поновлювані. Поновлювані ресурси – ті, що відновлюються після їхнього використання та поновлення яких залежить від тривалості їх життєвого циклу. Частково поновлюваними є ресурси, темпи поновлення яких значно відстають від темпів експлуатації.

12. За рівнем дефіцитності виділяють недефіцитні, дефіцитні та високо дефіцитні ресурси. Слід відзначити, що з огляду на предмет нашого дослідження десята, одинадцята та дванадцята класифікаційні ознаки є найбільш значимими з усіх перерахованих вище, адже саме на їх основі відбувається віднесення ресурсів до одного з різновидів за останньою ключовою ознакою, якою є розподіл ресурсів за потребою у ресурсозбереженні. За цією ознакою пропонуємо виділяти ресурси з дуже низькою, низькою, середньою, високою та надзвичайно високою потребою у ресурсозбереженні. На основі цієї класифікації розставляють пріоритети серед ресурсів до застосування ресурсозбереження.

Узагальнивши наявні підходи, виділимо наступні види ресурсів: 1) матеріальні ресурси – включає основні засоби і обігові активи організації; 2) технологічні ресурси – використовувані технології та особливості організації діяльності організації, динамічність технологічних змін, інновацій, наявність конкурентоспроможних ідей та наукових розробок; 3) трудові ресурси – люди, здатні до праці, становлять основний елемент продуктивних сил суспільства, оскільки саме вони сполучають засоби і предмети праці, і в результаті трудових зусиль створюється готова продукція; 4) фінансові ресурси – це грошові кошти, що знаходяться в розпорядженні організації; 5) інвестиційні ресурси – сукупність матеріальних і нематеріальних ресурсів, які використовуються інвестором у процесі їх вкладання в об'єкти інвестування з метою отримання прибутку або досягнення соціального ефекту; 6) нематеріальні ресурси – це частина потенціалу організації, яка дає економічну вигоду протягом тривалого періоду та має нематеріальну основу отримання доходів, до яких належать об'єкти промислової та інтелектуальної власності, а також інші ресурси нематеріального походження; 7) просторові ресурси – приміщення й території організації, наявність і стан комунікацій, можливість їх розширення, місцезнаходження і розташування організації, наближеність до транспортних шляхів; 8) інформаційні ресурси – інформація, доступ до неї, можливість розширення інформації і підвищення її ймовірності та інше; 9) час – є специфічним і, на відміну від інших, не відновлюваним ресурсом, який не можна купити, відновити, повернути; 10) природні ресурси – компоненти природи, які використовуються або можуть бути використані як предмети споживання і як засоби праці; 11) правові ресурси – законодавчі акти, прийняті державними органами влади, розроблені нормативно-правові і науково-методичні документи (положення, правила, норми, інструкції, рекомендації, характеристики тощо); 12) ресурси організаційної структури управління –

характер та гнучкість керівної системи, способи підпорядкування, обсяги повноважень та відповідальності, швидкість проходження керівних впливів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Види ресурсів та оцінка рівня забезпеченості ними функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я

Хмельницький обласний кардіологічний диспансер (ХОКД) в системі охорони здоров'я України є одним із головних організаційно-методичних та лікувально-діагностичних закладів з надання високоспеціалізованої допомоги хворим серцево-судинними захворюваннями.

Відповідно до Положення про Хмельницький обласний кардіологічний диспансер (ХОКД) (Додаток А), його основними завданнями та функціями є:

- надання висококваліфікованої спеціалізованої діагностично-лікувальної та консультативної допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями на догоспітальному, госпітальному та поліклінічному етапах;

- координація діяльності стаціонарних та амбулаторно-поліклінічного відділень з питань надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги пацієнтам та своєчасне скерування при необхідності пацієнтів у кардіохірургічне відділення Хмельницької обласної лікарні, державні заклади охорони здоров'я IV рівня;

- впровадження в практику нових методів діагностики та лікування, аналіз їх ефективності, поширення передового досвіду роботи кращих кардіологічних установ, а також впорядкування посмертної діагностики;

- участь у науково-практичних конференціях, семінарах з питань удосконалення роботи лікарів закладу;

- здійснення постійного організаційно-методичного керівництва усіма підрозділами кардіологічної служби (спеціалізованими кардіологічними бригадами швидкої медичної допомоги, стаціонарними кардіологічними

відділеннями та кардіологічними кабінетами в поліклініках), а також контроль якості їх роботи;

- надання організаційно-методичної та консультативної допомоги лікувально-профілактичним закладам з питань організації своєчасного виявлення ранніх форм ішемічної хвороби серця та початкових стадій артеріальних гіпертензій, виявлення осіб, які мають фактори ризику, що сприяють розвитку серцево-судинних захворювань; покращенню якості діагностики, лікування кардіологічних хворих і вказаних осіб з факторами ризику;

- відбір пацієнтів для проведення коронарографій з метою своєчасної діагностики та оперативного лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом, вадами серця тощо;

- організація і проведення санітарно-просвітньої роботи щодо профілактики серцево-судинних захворювань;

- здійснення постійного контролю ефективності проведених заходів тощо.

Організаційна структура Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру (ХОКД) (Додаток Б) складається з:

- адміністративно-господарської частини;

- амбулаторно-поліклінічного відділення;

- стаціонарного відділення, до складу якого входять кардіологічне відділення № 1; кардіологічне відділення № 2; кардіологічне відділення № 3 з палатою інтенсивної терапії; відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії (м. Кам'янець-Подільський);

- параклінічних підрозділів, зокрема: відділення променевої діагностики; відділення функціональної діагностики; клініко-діагностичної лабораторії.

Ресурсне забезпечення функціональної діяльності ХОКД складається із наступних структурних елементів: матеріально-технічного забезпечення,

фінансове забезпечення, кадрове забезпечення, інформаційне забезпечення (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Структура ресурсного забезпечення функціональної діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру

Примітка. Складено на матеріалах ХОКД

Матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я – це ресурси в матеріально-речовій формі, що дозволяють здійснювати надання медичних, сервісних послуг і виконання робіт; це сукупність засобів і предметів праці, якими володіє і користується охорону здоров'я як галузь соціального сектора економіки.

Матеріально-технічні ресурси закладів охорони здоров'я можна уявити, як основні і оборотні засоби. До основних засобів відносяться будівлі, споруди, ліжковий фонд, виробнича інфраструктура, лабораторне обладнання, транспорт. Основні засоби переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг по частинах. Ця частина характеризується як фізичний знос медичного обладнання (або будівлі), який дорівнює величині амортизаційних відрахувань за рік (від первісної вартості), що становить в середньому 5,6% для будівель; 10-12% - для медичного обладнання [54]. Кількість медичного та лабораторного

обладнання, ліжковий фонд залежать від профілю і потужності установи (організації) охорони здоров'я.

Оборотними засобами закладів охорони здоров'я є предмети одноразового використання, лікарські препарати, м'який інвентар, продукти харчування для пацієнтів, грошові кошти, касові залишки, кошти в розрахунках та ін. Оборотні фонди переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг цілком за рік. Інакше кажучи, якщо предмети і матеріали мають термін придатності до року, то вони відносяться до оборотних засобів. До матеріально-технічних ресурсів відносяться і лікарські препарати як елемент оборотних засобів.

Правильно налагоджена система матеріально-технічного забезпечення є запорукою безперебійного забезпечення досліджуваної медичної установи всіма видами матеріальних ресурсів, що є важливим елементом наукової організації процесу надання медичних послуг.

Система матеріально-технічного забезпечення ХОКД виконує наступні завдання: визначення потреби закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів у матеріальних ресурсах; вивчення джерел забезпечення матеріальними ресурсами; організація доставки матеріальних ресурсів до місця споживання; раціональне та економне використання матеріальних ресурсів; організація правильного зберігання матеріальних цінностей; оптимізація обсягів постачання матеріально-технічних ресурсів; розробка економічно обґрунтованих нормативів запасів, контроль за їхнім станом; запобігання утворенню понаднормативних і надмірних запасів цінностей тощо.

Первісна вартість матеріально-технічних ресурсів, що перебувають на балансі ХОКД станом на 31.12.2018 р. становить – 27 717 032 грн, знос складає 16 665 632 грн. залишкова вартість – 11 051 400 грн з них: земельна ділянка 0,4703 га – 1 107 321 грн.; приміщення поліклініки 2 745 м² – 9 448 900 грн.; лікувальний корпус 3 009 м² – 3 861 605 грн.; господарська будівля 102 м² –

134 456 грн.; електрокардіограф дванадцятиканальний 4 од. 41 248 грн.; дефібрилятор ZOLL R-Series,10470004 – 1276 999 грн.; апарат штучної вентиляції легень»Бриз»,013706363 – 54 770 грн.; транспортні засоби: мікроавтобус Медпомога оперативний ХАЙ-ЕЙС – 50 612 грн.; автомобіль легковий ВАЗ 21070 – 24 723 грн.; автомобіль АС 2752 – 82 692 грн., а також медичне обладнання: відсмоктувач медичн. В-80А – 9 186 грн.; візок реанімаційний (кардіоскоп, дефібрилятор) – 14 241 грн.; візок медичний MS 120 – 26 394 грн.; діагностичний комплекс «Система Холтерівського моніторингу» з реєстратором комп'ютером, лазерним принтером «Cardiotens», операційна система «Windows 98» – 25 498 грн.; монітор пацієнта МЕС – 50 127 грн.; монітори спостереження за пацієнтом ЮМ-300Р (2 од) – 69 882 грн.; реанімаційно хірургічний монітор ЮМ-300-С (2 од) – 71 764 грн.; система моніторингу пацієнта МР-2,01370700 – 50 894 грн.; система холтерівського кардіомоніторингу РИТМ-2000 – 100 254 грн.; центральна станція, канал транстелефонний «Телекард» – 47 096 грн.; автоматичний аналізатор клінічної хімії «Pointcare» – 150 000 грн.; дизельгенератор CESA DHAS-16-E – 61 967 грн.; аналізатор автоматичний «Humalyte» для електrolітів – 33 350 грн.; аналізатор біохімічний фотометричний БиАН АБ *ф-02 – 25 575 грн.; аналізатор напівавтоматичний біохімічний – 34 988 грн.; датчик PST для серцевих досліджень - 111 328 грн.; датчик лінійного широкого огляду PLT 805 AT – 104 319 грн.; кардіологічний комплекс /УЗД серця «Siemens» – 307 157 грн.; негатоскоп – 1 037 грн.; рентенографічна система Opera RT20 – 1 150 000 грн.; секторний датчик PST/30 (для харіо) – 157 000 грн.; ультразвуковий діагностичний сканер HIIVISION Avius KE – 1 599 000 грн.; цифрова ультра звукова система в комплексі (харіо) – 520 019 грн.; велоергометр «Corival» 25 882 грн.; дефібрилятор – 2 281 грн.; електрокардіограф «Юкар-200» 12-ти канальний – 13 810 грн.; електрокардіограф «Cardio PC Professional» – 28 644 грн.; електрокардіограф 3-х канальний «Юкард» – 14 436 грн.;

електрокардіограф ECG1201 (2 од.) – 79 800 грн.; електрокардіограф ВР-50 II с Кардіомакс /япон./ 3-канальний – 8 940 грн.; електрокардіограф «Юкард-100» 3х кан. – 14 700 грн.; комплекс кардіографічний холтерівського моніторингу «Кардіотенс» (5 од.) – 56 265 грн.; комплекс холтерівського кардіомоніторингу «Ритм2000» (8 од.) – 11340 грн.

Як видно з наведеної інформації, досліджуваний заклад охорони здоров'я має досить багато різноманітних матеріально-технічних ресурсів, які потребують ретельного обліку. Для цього по кожному структурному підрозділу визначено матеріально відповідального працівника, перелік яких наведено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Список відповідальних за збереження матеріальних цінностей
Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру**

№ з/п	Структурний підрозділ	Відповідальний
1.	Керівний склад диспансеру	заступник головного лікаря, головна медсестра, головний бухгалтер, завідувач господарством
2.	Інформаційно-аналітичний кабінет	завідувач кабінету
3.	Інший адміністративно управлінський персонал	бухгалтер, інспектор з кадрів, водій, сестра господиня, реєстратор медичний
4.	Амбулаторно-поліклінічне відділення	старша медична сестра
5.	Кардіологічне відділення № 1	старша медична сестра
6.	Кардіологічне відділення № 2	старша медична сестра
7.	Кардіологічне відділення № 3	старша медична сестра
8.	Палата інтенсивної терапії кардіологічного відділення № 3	старша медична сестра
9.	Відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії	старша медична сестра
10.	Відділення променевої діагностики	старша медична сестра
11.	Відділення функціональної діагностики	старша медична сестра
12.	Клінічно-діагностична лабораторія	старша медична сестра

Примітка. Наведено за матеріалами ХОКД

До резервів підвищення ефективності організації матеріально-технічного забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я відносяться наступні:

необхідні нові технології бухгалтерського обліку, контролю і планування витрат господарських служб; провадження управлінського обліку в практику закладів охорони здоров'я; впровадження паспортизації (введення експлуатаційних паспортів об'єктів) обладнання і технологічних процесів закладів охорони здоров'я; ведення документації про місцезнаходження і кількості «елементів експлуатації» господарськими службами установ охорони здоров'я, складання Переліку неприпустимих порушень у використанні обладнання; моніторинг результатів обліку і планування витрат господарськими службами.

Рівень забезпечення кадровими ресурсами ХОКД можна визначити на основі штатного розпису досліджуваного закладу охорони здоров'я (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Штатний розпис Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру

№ п/п	Назва структурного підрозділу	Кількість штатних посад
1.	Головний лікар	1
2.	Заступник головного лікаря з медичної частини	1
3.	Заступник головного лікаря з економічних питань	1
4.	Інформаційно-аналітичний кабінет	2
5.	Загально-диспансерний персонал	3,75
6.	Стерилізаційна	1
7.	Приймальний покій	2
8.	Амбулаторно-поліклінічне відділення	23,75
9.	Відділення денного стаціонару на 50 ліжок	6,25
10.	Кардіологічне відділення №1 на 40 ліжок	18,25
11.	Кардіологічне відділення №2 на 40 ліжок	18,25
12.	Кардіологічне відділення №3 на 30 ліжок	35,75
13.	Клініко-діагностична лабораторія	6
14.	Фізіотерапевтичне відділення	3,75
15.	Відділення функціональної діагностики	7,25
16.	Відділення променевої діагностики	9,25
17.	Адміністративно-господарський персонал та інші спеціалісти	38,25
Разом по закладу охорони здоров'я		178

Примітка. Наведено за матеріалами ХОКД

Забезпеченість ХОКД кадровими ресурсами можна визначити за допомогою порівнянням фактичної кількості працюючих за категоріями з

плановою потребою. Особливу увагу потрібно приділити аналізу забезпеченості досліджуваного закладу охорони здоров'я працівниками найбільш важливих професій – лікарями. Стан забезпеченості ХОКД кадровими ресурсами представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Стан забезпеченості Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру
кадровими ресурсами у 2016-2018 рр.**

Категорії персоналу	Чисельність у 2016 році	Чисельність у 2017 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %	Чисельність у 2018 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %
				До потреби		До 2016 року					До потреби		До 2017 року		
		Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %		Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %	
Лікарський персонал	38	40	38	-2	-5,5	0	-3,5	94,5	42	40	-2	-3,4	+2	+3,6	96,6
Середній медперсонал	60	62	60	-2	-3,7	0	-2,5	96,3	65	63	-2	-7,4	+1	-5,6	92,6
Молодший медперсонал	32	33	32	-1	-43,3	0	-32,0	56,7	37	35	-2	-16,1	+3	-13,3	83,9
Спеціалісти (немедики)	20	21	20	-1	-20,0	0	-14,3	80,0	23	21	-2	-11,8	0	+25,0	88,2
Інший персонал	18	20	18	-2	-11,1	0	-4,8	88,9	20	19	-1	-38,8	+1	-25,0	61,2
Всього	168	176	168	-8	-8,9	0	-5,6	91,1	187	178	-9	8,4	+6	+3,9	91,6

Примітка. Складено на матеріалах ХОКД

Аналіз даних, представлених в таблиці 2.3, дозволяє зробити висновок про те, що фактична чисельність працівників поступово збільшується з 168 чол. в 2016 році до 178 чол. в 2018 році, проте спостерігається зниження показників абсолютного та відносного відхилення від загальної потреби. Так, в 2017 році фактична чисельність працівників становила 95,3%, в 2018 році – 94,4% від загальної потреби, в тому числі: по лікарському персоналу – 88,3% і 88,3 відповідно; по середньому медичному персоналу – 99,8% і 98,7% відповідно; по молодшому медперсоналу – на 93,7% і 89,6% відповідно; спеціалістам-немедикам – на 93,3% і 95% відповідно; по іншому персоналу – 96,3% і 97,1% відповідно.

У процесі аналізу забезпеченості досліджуваного закладу охорони здоров'я кадровими ресурсами доцільно використати коефіцієнт укомплектованості персоналом ($K_{уп}$), який характеризується відношенням кількості зайнятих посад ($\Pi_{факт}$) до затвердженої кількості штатних посад ($\Pi_{пл}$).

$$K_{уп} = \frac{\Pi_{факт}}{\Pi_{пл}} \quad (2.1)$$

Вихідні дані та результати розрахунку укомплектованості персоналом ХОКД наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Укомплектованість персоналом Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру у 2016-2018 рр.

Категорія персоналу	Затверджено посад за штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+ -	$K_{ук}$
1	2	3	4	5
2016 рік				
Лікарський персонал	39	38	-1	0,99
Середній медперсонал	62	60	-2	0,98
Молодший медперсонал	33	32	-1	0,96
Спеціалісти (немедики)	21	20	-1	0,93
Інший персонал	19	18	-1	0,95
Кількість посад всього	174	168	-6	0,98

Продовження таблиці 2.4

1	2	3	4	5
2017 рік				
Лікарський персонал	40	38	-2	0,94
Середній медперсонал	62	60	-2	0,96
Молодший медперсонал	33	32	-1	0,57
Спеціалісти (немедики)	21	20	-1	0,80
Інший персонал	20	18	-2	0,89
Кількість посад всього	176	168	-8	0,91
2018				
Лікарський персонал	42	40	-2	0,97
Середній медперсонал	65	63	-2	0,93
Молодший медперсонал	37	35	-2	0,84
Спеціалісти (немедики)	23	21	-2	0,88
Інший персонал	20	19	-1	0,61
Кількість посад всього	187	178	-9	0,92

Примітка. Складено на матеріалах ХОКД

Аналіз коефіцієнта укомплектованості штату ($K_{ук}$), розрахований в таблиці 2.4, показує, що у 2018 році штат досліджуваного медичного закладу недоукомплектований на 9 людей: 2 – лікарів, 2 осіб – середнього медичного персоналу, 2 осіб – молодшого медичного персоналу, 2 осіб – спеціалістів (немедиків) та 1 особу – інших спеціалістів.

Для виявлення проблем у сфері кадрового забезпечення функціональної діяльності ХОКД ми провели соціологічне опитування серед лікарів досліджуваного закладу охорони здоров'я. Оскільки кількість лікарів досліджуваного закладу охорони здоров'я не велика (40 осіб), то опитування було проведене зі всіма працюючими лікарями.

Відповідно до поставлених завдань було розроблено інструментарій соціологічного опитування для вивчення думки лікарів щодо питань їхньої професійної діяльності, виявлення проблем і визначення потреб фахівців в процесі їхньої повсякденної роботи з профілактичного та лікувально-діагностичного обслуговування населення.

Анкета містила різні блоки питань, в т.ч. щодо демографічних характеристик респондентів, місця роботи, кваліфікації та стажу, умов роботи, її

оцінки, обсягів навантажень, можливостей професійного росту, оплати праці, мотивації, задоволеності роботою, наявних проблем, потреб, перспектив (Додаток В).

Соціопитування за допомогою анонімної анкети допомогло одержати різноаспектну інформацію для оптимізації кадрового забезпечення функціональної діяльності ХОКД.

Згідно з результатами аналізу вибіркової сукупності лікарів встановлено демографічні характеристики респондентів, а також їхній розподіл за місцем роботи, кваліфікацією та стажем.

У цілому, фахівці віком до 40 років становили 45,8 % опитаних, тоді як віком старше 40 років і до 60 років – 40,0 %, а старше 60 років – $19,3 \pm 2,7$ % (рис. 2.2).

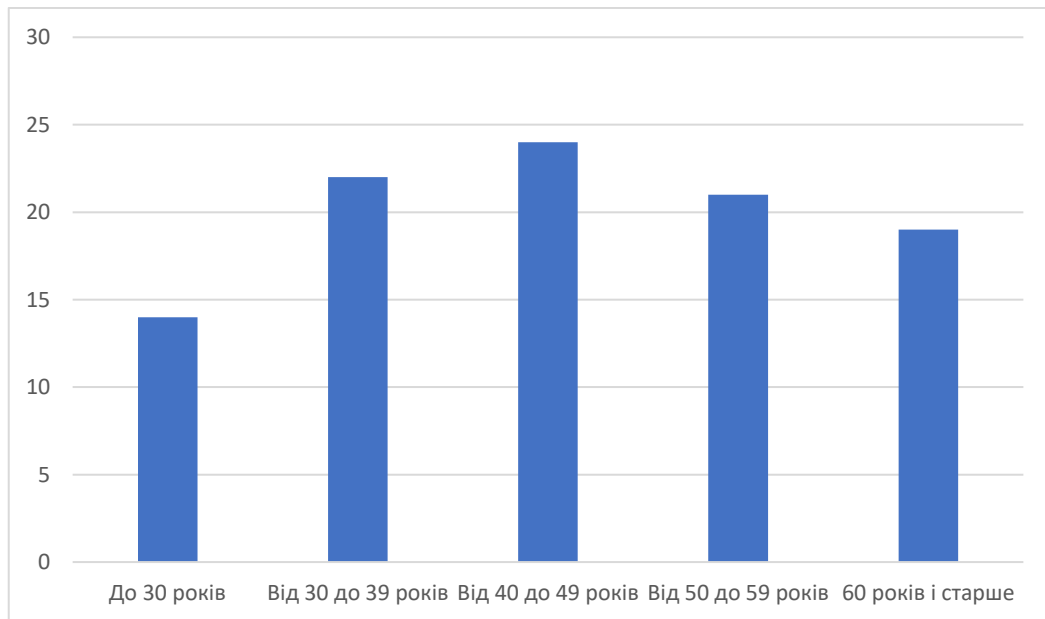


Рис. 2.2. Розподіл опитаних лікарів Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру за віком

Примітка. Складено за результатами опитування серед лікарів ХОКД

З наведених даних видно, що серед опитаних лікарів переважали фахівці віком від 40 до 49 років ($23,9 \pm 2,9$ % опитаних), а також кожен п'ятий був віком

від 30 до 39 років ($22,0 \pm 2,8\%$) та віком від 50 до 59 років ($21,1 \pm 2,8\%$). Найменшу групу становили молоді фахівці віком до 30 років ($13,8 \pm 2,3\%$), що свідчить про недостатній приплив молоді в медицину. У той же час обґрунтовану тривогу викликає значна частка лікарів старше пенсійного віку, зокрема $19,3 \pm 2,7\%$.

У вибірковій сукупності переважну більшість становили жінки ($56,9 \pm 3,4\%$ опитаних) порівняно з чоловіками ($43,9 \pm 3,4\%$ опитаних).

Вивчення професійних характеристик дозволило виявити розподіл респондентів за стажем роботи за фахом і за кваліфікаційною категорією. Так, серед опитаних найрідше зустрічалися фахівці зі стажем роботи до 5 років ($13,0 \pm 2,3\%$), найчастіше – від 10 до 14 років включно ($24,0 \pm 3,0\%$). Водночас, лікарі зі стажем професійної роботи від 5 до 9 років включно становили $21,0 \pm 2,9\%$, від 15 до 19 років включно – $20,0 \pm 2,8\%$, а більше 20 років – $22,0 \pm 2,9\%$ (рис. 2.3).

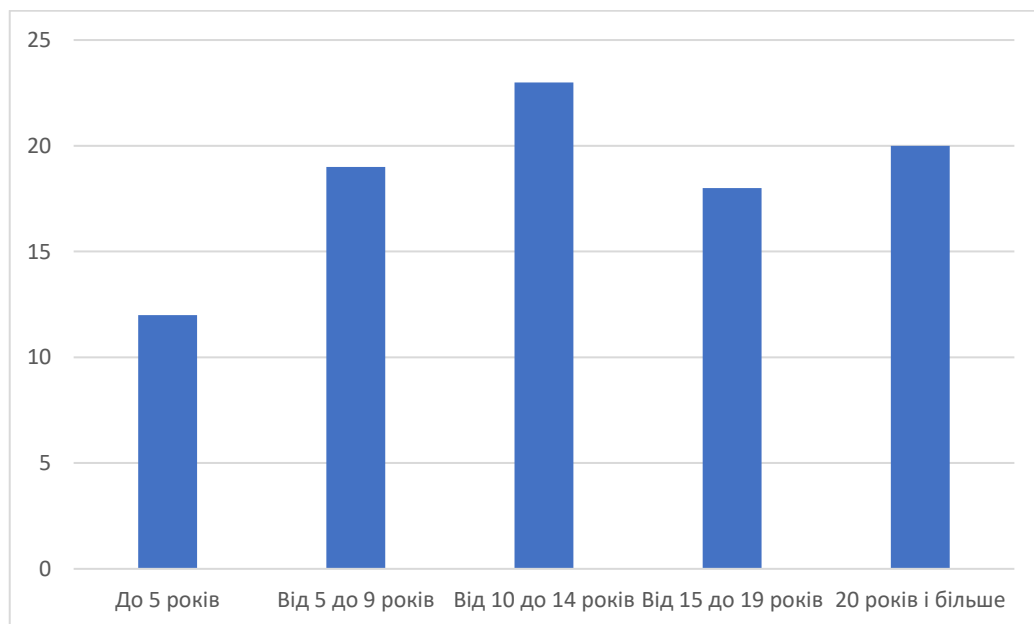


Рис. 2.3. Розподіл опитаних лікарів Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру за стажем роботи

Примітка. Складено за результатами опитування серед лікарів ХОКД

Як видно з наведених даних, серед респондентів переважали фахівці зі стажем роботи від 10 до 14 років та старше 20 років, що цілком узгоджується з віковою структурою опитаних.

Щодо матеріальних статків лікарів, то більшість з них оцінила свій матеріальний стан як забезпечений ($51,9 \pm 3,4$ % опитаних). При цьому лише $5,7 \pm 2,1$ % опитаних вважали себе цілком матеріально забезпеченими, тоді як недостатньо матеріально забезпеченими було $33,0 \pm 3,2$ %, а малозабезпеченими – $9,4 \pm 2,0$ %. Таким чином, $42,4$ % опитаних лікарів незадоволені своїм матеріальним становищем і вважали його недостатнім.

Програма соціологічного опитування передбачала вивчення думки лікарів щодо якості наданих ними послуг населенню. Згідно з відповідями дуже високою якістю наданих ними медичних послуг пацієнтам вважають $12,5 \pm 2,3$ % опитаних, високою – $44,4 \pm 3,4$ % опитаних. Водночас $36,6 \pm 3,3$ % опитаних оцінюють якість наданих медичних послуг як невисоку, а $1,8 \pm 0,9$ % опитаних – як низьку. При цьому близько 5 % ($4,6 \pm 1,4$ % опитаних) не змогли визначитися з якістю наданих послуг. Згідно з думкою респондентів, понад половина опитаних ($56,9$ %) вважають високою чи дуже високою якістю медичних послуг. Натомість, низько оцінюють надані медичні послуги $38,4 \pm 3,3$ % опитаних, тобто понад третина фахівців.

Результати соціологічного опитування свідчать, що в оцінках доступності послуг думки респондентів змістилися в напрямку зниження порівняно з оцінками якості послуг. Так, дуже високою доступністю наданих медичних послуг пацієнтам вважають $7,8 \pm 1,8$ % опитаних, високою – $32,4 \pm 3,2$ % опитаних. Але $41,2 \pm 3,3$ % опитаних оцінюють доступність послуг як невисоку, а $11,6 \pm 2,2$ % опитаних – як низьку. Приблизно $6,9 \pm 1,7$ % опитаних респондентів не змогли визначитися з доступністю медичних послуг. Відповідно до одержаних відповідей понад половина опитаних ($52,8 \pm 2,2$ %) вважають невисокою та низькою доступністю медичних послуг для пацієнтів.

Також дослідження мало встановити причини невисокої якості наданих медичних послуг. На думку фахівців, на ефективність роботи негативно впливає недостатнє ресурсне забезпечення цієї галузі медицини.

Лікарі вказали на брак кадрів, на надмірне навантаження через недоукомплектованість штатних посад ($63,3 \pm 3,3$ % опитаних), на недостатнє технічне оснащення закладу ($38,5 \pm 2,2$ % опитаних), на застарілі медичні технології ($37,6 \pm 3,3$ % опитаних).

Результати опитування підтвердили, що наріжним каменем якості лікувально-діагностичного процесу має бути достатнє фінансове забезпечення. Лікарі вказали на негативний вплив низької оплати праці ($45,9 \pm 3,4$ % опитаних), відсутність матеріальних та нематеріальних стимулів ($52,8 \pm 3,4$ % опитаних).

Недостатність інформаційних ресурсів як детермінант, що знижує якість медичної допомоги, підтвердила понад третина респондентів. Так, на брак або на низьке інформаційне забезпечення лікувально-діагностичного процесу поскаржилися $34,9 \pm 3,2$ % опитаних, на відсутність комп'ютерних технологій, доступу до мережі інтернет – $36,2 \pm 3,3$ % опитаних.

Також фахівці вважають, що на ефективності роботи та якості наданих ними медичних послуг негативно позначаються погані санітарно-гігієнічні умови праці, на що вказали $26,5 \pm 3,3$ % опитаних.

Не менш важливим чинником негативного впливу лікарі вважають недосконалі організаційні технології, на чому зосередили увагу $35,3 \pm 3,3$ % опитаних, низьку координацію роботи з іншими допоміжними службами – $27,5 \pm 3,0$ % опитаних, поганий мікроклімат у колективі – $12,8 \pm 2,3$ % опитаних.

Поза увагою дослідників не може залишитися й така інформація: третина лікарів вказують на відсутність можливості фахового навчання протягом усього професійного життя ($37,2 \pm 3,3$ % опитаних) та відсутність перспектив кар'єрного зростання ($33,0 \pm 3,3$ % опитаних).

Натомість, серед факторів, що позитивно впливають на ефективність роботи та якість медичних послуг, лікарі відзначили стабільність виплат заробітної плати, дієвість системи мотиваційних заохочень, включаючи матеріальні (премії, доплати тощо) та нематеріальні, поліпшення технічного оснащення закладу та робочого місця, впровадження сучасних медичних технологій, нових організаційних технологій, належне інформаційне забезпечення, зокрема комп'ютерною технікою, доступ до інтернет-ресурсів, також відзначили належну координацію діяльності всіх служб, зручний графік роботи, сприятливий психологічний клімат у колективі, укомплектованість посад персоналом, можливість підвищення кваліфікації, можливість кар'єрного зростання, хороші санітарно-гігієнічні умови праці тощо.

Отже, належне ресурсне забезпечення функціональної діяльності ХОКД є важливою складовою якості та доступності медичної допомоги, що підтверджено у ході соціологічного опитування лікарів. Вивчення думки фахівців різних вікових груп з різним стажем роботи дозволило встановити, що більшість опитаних ($56,9 \pm 3,3$ %) вважають високою чи дуже високою якість медичних послуг, водночас $38,4 \pm 3,3$ % – низькою.

Чинниками, які негативно впливають на якість наданих фахівцями медичних послуг, визначено брак кадрових ресурсів, що призводить до надмірного навантаження ($63,3 \pm 3,3$ % опитаних); погане матеріально-технічне забезпечення ($38,5 \pm 2,2$ % опитаних), застарілі медичні технології ($37,6 \pm 3,3$ % опитаних); недостатність фінансування, що обумовлює низьку оплату праці ($45,9 \pm 3,4$ % опитаних) та відсутність матеріальних та нематеріальних стимулів ($52,8 \pm 3,4$ % опитаних); недостатність інформаційних ресурсів, відповідно – комп'ютерних технологій ($34,9 \pm 3,2$ % опитаних) і доступу до мережі інтернет ($36,2 \pm 3,3$ % опитаних).

Для забезпечення якості медичних послуг необхідне також удосконалення організаційних технологій. Їхній вплив на ефективність діяльності

досліджуваного медичного закладу підтвердили $35,3 \pm 3,3$ % опитаних, які вказали на погану організацію праці як причину низької ефективності роботи, та $27,5 \pm 3,0$ % опитаних, які вказали на низьку координацію роботи з іншими допоміжними службами. Серед інших важливих детермінантів, які негативно впливають на якість послуг, відзначено поганий мікроклімат у колективі ($12,8 \pm 2,3$ % опитаних), погані санітарно-гігієнічні умови праці ($26,5 \pm 3,3$ % опитаних), відсутність можливості фахового навчання протягом всього професійного життя ($37,2 \pm 3,3$ % опитаних) та відсутність перспектив кар'єрного зростання ($33,0 \pm 3,3$ % опитаних).

В результаті проведеного дослідження визначено чинники, які, на думку лікарів, позитивно позначаються на ефективності надання медичних послуг та підвищують їхню якість, а саме належне кадрове, матеріально-технічне, фінансове, інформаційне забезпечення, досконалість організаційних технологій та умов праці. Одержані дані є важливою передумовою обґрунтування заходів з удосконалення надання медичної допомоги населенню та підвищення її якості.

2.2. Аналіз процесу формування і використання ресурсів в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Процес формування і використання ресурсів в ХОКД відбувається на основі функціональних механізмів ресурсного забезпечення його діяльності, які можна умовно поділити на чотири групи, відповідно до видів ресурсного забезпечення, окреслених у попередньому параграфі: 1) механізми фінансового забезпечення; 2) механізми матеріально-технічного забезпечення; 3) механізми кадрового забезпечення; 4) механізми інформаційного забезпечення (рис. 2.4).

В умовах чинного бюджетного законодавства можуть бути застосовані кілька варіантів організації фінансування закладів охорони здоров'я:



Рис. 2.4. Функціональні механізми ресурсного забезпечення функціональної діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру

Примітка. Складено на матеріалах ХОКД

1. Шляхом укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів у порядку, передбаченому Законом про публічні закупівлі.

2. Шляхом фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України.

3. Шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.

Здійснення фінансування за договором про медичне обслуговування населення передбачає здійснення наступних кроків:

1. Визначення місцевою радою відповідального за забезпечення інтересів територіальної громади у медичній допомозі. При цьому необхідно враховувати вимоги ст. 89, 90 БК України щодо розмежування видатків, які фінансуються з відповідного місцевого бюджету.

2. Під час ухвалення рішення про затвердження місцевого бюджету відповідна рада визначає розмір фінансування видатків на охорону здоров'я на відповідній території з урахуванням положень ст. 89, 90 БК України та ст. 18.

3. Місцева рада своїм рішенням наділяє орган, відповідальний за забезпечення потреби територіальної громади у медичній допомозі, повноваженнями виступати замовником закупівлі медичних послуг. При цьому замовнику надаються права головного розпорядника бюджетних коштів місцевого бюджету або розпорядника бюджетних коштів нижчого рівня.

4. Замовник затверджує річний план закупівель, у якому визначаються процедури закупівлі. Найбільш вірогідними серед них є відкриті торги (при наявності декількох медичних закладів, що конкурують між собою на відповідній території) або переговорна процедура за відсутності конкуренції медичних закладів.

5. Замовник має провести в порядку і у строки, визначені Законом про публічні закупівлі, процедуру закупівлі медичних послуг з метою укладення договору. При цьому необхідно визначити порядок ціноутворення на медичні послуги та порядок підтвердження факту їх надання.

6. Після укладення договору із медичним закладом замовник реєструє відповідні бюджетні зобов'язання в органах Державної казначейської служби.

7. Протягом строку дії договору замовник і медичний заклад щомісяця складатимуть акти про надані послуги відповідно до умов договору.

8. На підставі актів замовник здійснює оплату наданих послуг через органи Державної казначейської служби.

9. Наприкінці року замовник у порядку, передбаченому Законом № 922-VIII, готує і оприлюднює звіт про виконання договору про медичне обслуговування населення.

Оскільки бюджетний період для всіх бюджетів триває один календарний рік, який починається 1 січня кожного року і закінчується 31 грудня того ж року, то кожного року процедуру закупівлі необхідно проводити наново.

Здійснення фінансування з місцевого бюджету в рамках програмно-цільового методу (за бюджетною програмою) вимагатиме вчинення таких дій:

1. Під час прийняття місцевого бюджету відповідна рада має передбачити можливість фінансування охорони здоров'я (або окремих напрямків надання медичної допомоги) через окрему бюджетну програму. За такою програмою можуть фінансуватися заходи із закупівлі медичного обладнання, лікарських засобів та інших витрат, що забезпечують здійснення лікувально-профілактичної (медичної) діяльності медичних закладів.

2. Головний розпорядник бюджетних коштів розробляє та протягом 45 днів з дня набрання чинності рішенням про місцевий бюджет затверджує спільно з місцевим фінансовим органом паспорт бюджетної програми.

3. Головний розпорядник визначає відповідального виконавця бюджетної програми, яким стає медичний заклад як одержувач бюджетних коштів.

4. Головний розпорядник затверджує план використання бюджетних коштів на підставі кошторису розпорядника бюджетних коштів. Тобто орган охорони здоров'я у своєму кошторисі передбачає суму витрат на закупівлю медичних послуг, яку виділила за бюджетною програмою місцева рада. Ці кошти за планом використання бюджетних коштів передаються закладу охорони здоров'я на безповоротній основі. Витрачати зазначені кошти медичний заклад має право лише за цільовим призначенням, спрямовуючи свої зусилля на досягнення результативних показників відповідної бюджетної програми, визначених у її паспорті.

5. На підставі паспорта бюджетної програми та плану використання бюджетних коштів головний розпорядник реєструє в органах Державної

казначейської служби бюджетні зобов'язання зі сплати на користь закладу охорони здоров'я коштів за надані населенню послуги з надання медичної допомоги.

6. Щомісячно згідно з даними паспорта бюджетної програми заклад охорони здоров'я надає пакет документів на перерахування бюджетних коштів відповідно до програми і отримує ці кошти.

Фінансування закладу охорони здоров'я за бюджетною програмою передбачає можливість прогнозування на два наступні бюджетні періоди відповідно до ст. 21 БК України. Тому кожного року ухвалювати відповідну бюджетну програму не потрібно. Обсяги фінансування за нею та правила фінансування можуть корегуватися кожного року з ухваленням нового бюджету.

Здійснення фінансування з місцевого бюджету шляхом надання фінансової підтримки вимагатиме вчинення таких дій:

1. Під час прийняття місцевого бюджету відповідна рада має передбачити бюджетні кошти на фінансову підтримку закладу охорони здоров'я. Ці кошти можуть надаватися для різних цілей: для виконання заходів програми соціально-економічного розвитку відповідної території (територіальної громади); для покриття збитків, пов'язаних із господарською діяльністю медичного закладу через недостатнє фінансування (дотація на покриття збитків); для здійснення капітальних видатків, наприклад, оновлення чи закупівлю основних засобів, здійснення капітального ремонту тощо.

2. Затвердження місцевою радою порядку використання відповідних коштів з визначенням головного розпорядника, а також одержувача цих коштів (медичний заклад).

3. Затвердження у кошторисі головного розпорядника бюджетних коштів розподілу бюджетних асигнувань, що містять суми, виділені на підтримку закладу охорони здоров'я.

4. Головний розпорядник за погодженням із закладом охорони здоров'я затверджує план використання бюджетних коштів на підставі кошторису розпорядника бюджетних коштів. Тобто орган охорони здоров'я у своєму кошторисі передбачає суму витрат на підтримку закладу охорони здоров'я, яку виділила за бюджетною програмою місцева рада. Ці кошти за планом використання бюджетних коштів передаються медичному закладу на безповоротній основі.

5. Відкриття рахунків, реєстрація, облік зобов'язань та проведення операцій, пов'язаних із використанням бюджетних коштів здійснюється відповідно до Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів, затвердженого Міністерством фінансів України.

Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за скороченою класифікацією видатків бюджету. При цьому цільове використання коштів, визначене планом використання бюджетних коштів, не може бути порушене. За наявності потреби кошти можуть бути перерозподілені за поданням головного розпорядника на підставі рішення місцевої ради.

Як правило, вказані кошти можуть використовуватися на фінансування витрат з оплати праці, нарахувань на оплату праці, оплату комунальних та інших послуг тощо.

Додатковими джерелами фінансування закладів охорони здоров'я можуть бути не заборонені діючим законодавством будь-які надходження від фізичних та юридичних осіб. До таких надходжень можна віднести: оплата від страхових компаній за надані медичні послуги; оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам; грошові надходження від благодійних організацій; грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо.

Також заклади охорони здоров'я можуть отримувати оплату від пацієнтів за надані сервісні послуги пацієнтам (палати покращеного сервісу та інше) та

іншим закладам охорони здоров'я і лікарям, що діють як фізичні особи-підприємці (ведення бухгалтерського обліку, закупка ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів тощо).

До умов, які необхідні для забезпечення ефективного функціонування системи інформаційного забезпечення закладу охорони здоров'я, належать: присутність на ринку програмних засобів готових комп'ютерних рішень, які можна використовувати в діяльності закладу охорони здоров'я; наявність постачальників програмного забезпечення, які можуть проводити навчання персоналу закладу охорони здоров'я та тривалий супровід програм; наявність відповідної нормативно-правової бази, яка формує стратегію інформаційної політики та включає питання ведення нормативно-довідкової інформації, що є обов'язковою для всіх закладів, визначення штатних одиниць для кожного медичного закладу із супроводу програмного забезпечення, визначення джерел фінансування комп'ютерної техніки, програмних забезпечень і телекомунікаційних технологій; наявність освітнього центру з підготовки медичного персоналу з питань інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я, запровадження підготовки спеціалістів з інформатики охорони здоров'я.

З огляду на це, пріоритетним напрямом інформатизації ХОКД має стати впровадження програмного забезпечення, яке може виконувати наступні завдання: облік витрат та управління ресурсами лікувально-профілактичного закладу; введення системи електронного документообігу; ведення медичної статистики; формування медичних реєстрів населення в зоні обслуговування медичного закладу; формування баз даних пацієнтів, які знаходяться на обліку в поліклініці та лікувались в стаціонарі; облік пільгового забезпечення населення лікарськими засобами; електронний обмін документами між відділеннями та відділами медичного закладу, з керівництвом закладу та з органами влади.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Сценарне прогнозування і моделювання ресурсозабезпечення діяльності закладу охорони здоров'я

Сьогодні світ входить в епоху криз та нестачі ресурсів, тому життєво необхідним фактором є стратегічне прогнозування і планування розвитку організацій, в тому числі і закладів охорони здоров'я. Необхідно вміти оцінювати і прогнозувати тенденції розвитку організацій, в тому числі і закладів охорони здоров'я, а також можливі загрози для її розвитку.

При побудові математичної моделі, на основі якої будуть розроблятися прогнози, проводиться аналіз на якість моделі, виконується перевірка моделей на адекватність [7]. До показників якості моделі у роботі віднесено:

- суму квадратів залишків:

$$\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i) \quad (3.1)$$

- коефіцієнт детермінації, який вказує наскільки отримані спостереження підтверджують модель:

$$R^2 = \frac{V(y|x)}{V(y)} \quad (3.2)$$

де $V(y|x) \approx \sigma^2$ – умовна дисперсія змінної;

- критерій Дарбіна - Уотсона (або DW- критерій) - статистичний критерій, який використовується для тестування автокореляції першого порядку елементів досліджуваної послідовності:

$$d = \frac{\sum_{t=2}^n (e_t - e_{t-1})^2}{\sum_{t=1}^n e_t^2} \approx 2(1 - \rho_1) \quad (3.3)$$

де ρ_1 – коефіцієнт автокореляції першого порядку.

Важливим етапом прогнозування є верифікація прогнозів, тобто оцінювання їх точності та обґрунтованості. На етапі верифікації

використовують сукупність критеріїв, способів і процедур, які дають можливість оцінити якість прогнозу [7; 33]. В роботі показниками якості прогнозу обрано:

- середньоквадратичну помилку моделі:

$$MSE = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2}{n} \quad (3.4)$$

- нормовану помилку RMSE (Root Mean Squared Error):

$$RMSE = \sqrt{\sum_{i=1}^n \frac{(y_i - \hat{y}_i)^2}{n}} \quad (3.5)$$

- абсолютну помилку прогнозу, яка визначена як різниця між фактичним значенням y_t і прогнозом y^* :

$$\Delta_{pr} = y_t - y^* \quad (3.6)$$

- середнє абсолютне значення помилки:

$$\bar{\Delta}_{pr} = \frac{\sum_{t=1}^n |y_t - y_t^*|}{n} \quad (3.7)$$

- середньоквадратичну помилку прогнозу[^]

$$\sigma_t = \sqrt{\frac{\sum_{t=1}^n (y_t - y_t^*)^2}{n}} \quad (3.8)$$

– коефіцієнт нерівності Тейла – індикатор якості моделі і прогнозу. За визначенням $0 \leq U \leq 1$. Якщо $U = 1$, то модель має практично нульові (неприйнятні) прогнозуючі властивості, що випливає з формули для обчислення U :

$$U = \frac{\sqrt{\frac{1}{N} \sum_{k=1}^N [y(k) - \hat{y}(k)]^2}}{\sqrt{\frac{1}{N} \sum_{k=1}^N y^2(k) + \frac{1}{N} \sum_{k=1}^N \hat{y}^2(k)}} \quad (3.9)$$

При прогнозовані $U = 0$ значення співпадають з фактичними значеннями ряду.

Авторегресійна (AR) модель – модель часових рядів, в якій значення часового ряду в даний момент лінійно залежить від попередніх значень цього ж

ряду. Авторегресійний процес порядку p (AR(p)-процес) визначається наступним чином:

$$x_t = c + \sum_{i=1}^p a_i x_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.10)$$

де a_i – параметри моделі (коефіцієнти авторегресії);

c – постійна (часто для спрощення передбачається рівний нулю);

ε_t – білий шум [33].

Одна з математичних моделей, яка використовується для аналізу і прогнозування стаціонарних часових рядів в роботі – авторегресійна модель з ковзним середнім:

$$x_t = c + \sum_{i=1}^p a_i x_{t-i} + \varepsilon_t + \sum_{i=1}^p \beta_i \varepsilon_{t-1} \quad (3.11)$$

де c – константа, ε_t – білий шум, тобто послідовність незалежних і однаково розподілених випадкових величин (як правило, нормальних).

В роботі використовувався спеціальний тип нейронних мереж з прямими зв'язками, які орієнтовані на апроксимацію та інтерполяцію багатовимірних функцій для вирішення, зокрема, задач прогнозування. RBF-мережі мають тільки один шар прихованих нейронів. Єдиний вихідний нейрон видає значення функції:

$$y = L(\vec{x}) = L(x_1, \dots, x_m, \dots, x_m) \quad (3.12)$$

Нейрони використовують гауссівську функцію всередині себе:

$$\varphi_k(\vec{x}_n) = e^{-\frac{\|\vec{x}_n - \vec{c}_k\|^2}{2 \cdot \sigma_k^2}} \quad (3.13)$$

де в якості метрики використовується

$$\|\vec{x}_n - \vec{c}_k\|^2 = \sum_{m=1}^M (x_{n,m} - c_{k,m})^2, i = 1..M \quad (3.14)$$

Таким чином, за своєю будовою RBF-мережі – це двошарові мережі першого порядку, причому обидва шари з'єднані ваговою матрицею W .

Для побудови часткової моделі за допомогою нечіткого методу групового урахування аргументів (НМГУА) використовувалася лінійна інтервальна регресійна модель, що задається таким чином [33]:

$$Y = B_1 z_1 - B_2 z_2 + \dots + B_n z_n, \quad (3.15)$$

Іє z_i – деякі відомі змінні (фактори впливу), B_i – інтервали, які можна задати трикутними нечіткими числами, і записати у вигляді центра α_i і ширини c_i .

Загальний опис алгоритму: 1) вибір виду моделі; 2) вибір зовнішніх критеріїв оптимальності (критерій регулярності, незміщеності або RMSE); 3) вибір загального виду опорної функції (виду часткових описів); 4) розбиття вибірки на навчальну і перевірочну; 5) присвоєння нульових значень лічильнику кількості моделей k і лічильник числа рядів r ; 6) генерування нової часткової моделі на навчальній вибірці. Розв'язання задачі лінійного програмування для шуканих α_i та c_i ; 7) визначення по тестовій вибірці значення зовнішнього критерію; 8) $k = k + 1$. Якщо $k \geq c_F^2$, то $k = 0$, $r = r + 1$; 9) обчислення середнього критерію для моделі r -ї ітерації. Якщо $r = 1$, то перехід на крок 6, інакше – на крок 10; 10) якщо $c_{CM}(r) - c_{CM}(r - 1) \leq \varepsilon$, то перехід на крок 11, інакше – відбираємо F кращих моделей, і припускаючи, що $r = r + 1$, $k = 1$, перехід на крок 6 і виконання наступної $(r + 1)$ -ї ітерації; 11) вибір із F моделей попереднього ряду найкращої моделі по критерію регуляризації.

Для порівняння результатів прогнозування за допомогою регресійних моделей, нечіткого методу групового урахування аргументів та нейронної мережі радіально-базисних функцій необхідно скласти таблицю показників якості моделей та прогнозу (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз показників моделей на 1 крок за усіма методами

	R2	SSR	DW
АРКС(1,1), із застосуванням власного простого КС, при N=5	0,4042	0,0052	1,911
АРКС(1,1), із застосуванням власного експоненційного КС, при N=5	0,126	0,0077	1,906
АРКС(1,1), із застосуванням власного простого КС по у, при N=5	0,376	0,0055	1,812
РБФ 5 нейронів	0,1884	0,0028	0,179

РБФ 10 нейронів	0,761	0,003	2,224
-----------------	-------	-------	-------

Примітка. Розраховано автором

На основі отриманих моделей було побудовано прогнози на 1 крок. У табл. 3.2 наведені результати якості прогнозу при прогнозуванні на 1 крок.

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз показників прогнозу на 1 крок

	RMSE	MAPE (%)	Theil
АРКС(1,1), із застосуванням власного експоненційного КС	0,0020	0,2203	0,0011
РБФ 5 нейронів	0,0285	3,1491	0,0155
РБФ 10 нейронів	0,0082	0,9021	0,0044
НМГУА	0,0007	0,0823	0,0004

Примітка. Розраховано автором

При прогнозуванні на 1 крок найкращі результати було отримано нечітким методом групового урахування аргументів. Всі значення показників є мінімальними. Показники якості моделі для прогнозування на 3 кроки наведені у табл.3.3.

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз показників моделей на 3 кроки за усіма методами

Модель	R2	SSR	DW
АРКС(1,1), із застосуванням простого КС, при N=5	0,403	0,005	1,9160
АРКС(1,1), із застосуванням власного експоненційного КС, при N=5	0,126	0,007	1,9101
АРКС(1,1), із застосуванням власного простого КС по у	0,374	0,005	1,7993
РБФ 5 нейронів	0,380	0,002	1,885
РБФ 10 нейронів	0,358	0,002	1,6653

Примітка. Розраховано автором

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз показників прогнозу на 3 кроки

	RMSE	MAPE (%)	Theil
АРКС(1,1), із застосуванням власного експоненційного КС, при N=5	0,0018	0,1472	0,0009
РБФ 5 нейронів	0,0345	3,4647	0,0182
РБФ 10 нейронів	0,0015	1,668	0,0084
НМГУА	0,0013	0,1417	0,0007

Примітка. Розраховано автором

При побудові прогнозу на 3 кроки найкращий результат було отримано за допомогою нечіткого методу групового урахування аргументів та регресійної моделі із застосуванням власного експоненційного КС, при $N=5$. НМГУА показав найгіршими усі показники. У табл. 3.5-3.6 наведені показники якості моделі при прогнозуванні на 5 кроків.

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз показників моделей на 5 кроків за усіма методами

Модель	R2	SSR	DW
АРКС(1,1), із застосуванням простого КС, при $N=5$,	0,402	0,005	1,915
АРКС(1,1), із застосуванням власного експоненційного КС, при $N=5$,	0,120	0,007	1,90
АРКС(1,1), із застосуванням власного простого КС по y , при $N=5$, Sign_pks5	0,3734	0,0055	1,7985
РБФ 5 нейронів	0,076	0,007	1,454
РБФ 10 нейронів	0,295	0,009	1,76

Примітка. Розраховано автором

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз показників прогнозу на 5 кроків

	RMSE	MAPE (%)	Theil
АРКС(1,1), із застосуванням власного простого КС по y , при $N=5$	0,002	0,227	0,0013
РБФ 5 нейронів	0,0147	1,94	0,0078
РБФ 10 нейронів	0,0121	1,03	0,0065
НМГУА	0,0064	0,976	0,0034

Примітка. Розраховано автором

При прогнозуванні на 5 кроків найкраще значення прогнозу було отримано за допомогою регресійної моделі із застосуванням власного простого КС по y , при $N=5$. Найгіршим був результат, отриманий при прогнозуванні моделлю РБФ 10 нейронів.

Незалежно від типу, до якого належить сценарій, загальну методику побудови можна описати за допомогою ітеративної послідовності базових

кроків, що включає в себе якісне описання процесу та побудову кількісної моделі.

Постановку задачі сценарного аналізу людського розвитку можна описати таким чином: визначити базові фактори, що впливають на розвиток людини; встановити залежність та побудувати модель поведінки цих факторів; оцінити результати реалізації того чи іншого сценарію розвитку подій.

Сценарій в даному випадку – це можливий набір майбутніх подій, що визначає розвиток, динаміку, платоспроможність та надійність, а також інші фактори, які впливають на результат людської діяльності. Необхідно: 1) використовуючи аналіз чутливості, визначити ключові фактори; 2) розглянути можливі сценарії та комбінації ситуацій, зумовлені коливаннями цих факторів; 3) методом експертних оцінок визначити ймовірність кожної події, що входить в сценарії; 4) за кожним сценарієм обрахувати величини можливих втрат в разі його реалізації.

Вихідні дані для моделі – складові елементи ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я та фактори, які можуть вплинути на його формування. Таким чином можна виділити 4 різні підходи до удосконалення ресурсного забезпечення: 1) поступове покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я; 2) відсутність вираженої динаміки покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я; 3) покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я за рахунок удосконалення окремих його елементів; 4) відсутність моніторингу ситуації. Ставиться задача максимізувати ефективність ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я із врахуванням таких факторів, як: диверсифікація джерел фінансових ресурсів; зміцнення матеріально-технічної бази; підвищення рівня кваліфікації кадрових ресурсів; удосконалення системи інформаційних ресурсів.

Ця задача аналізується з точки зору прийняття рішень [26]:

- 1) Як досягти *max* рівня ресурсного забезпечення при *min* витратах.
- 2) Який рівень витрат необхідно вкласти в кожен елемент ресурсного забезпечення, щоб досягти *max* покращення ситуації.

Таблиця 3.7

Керуючі змінні ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я

Змінна	Зміст
X_1	Стан фінансового забезпечення
X_2	Стан матеріально-технічної бази
X_3	Рівень кваліфікації персоналу
X_4	Ефективність системи інформаційних ресурсів
X_5	Рівень інноваційних технологій

Примітка. Розроблено автором

Складається значення впливу закладу охорони здоров'я на ситуацію, яка складається. Вплив закладу охорони здоров'я: високий = 0,97, $\sim (0,86 - 1)$; середній = 0,75, $\sim (0,65 - 0,85)$; низький = 0,50 $\sim (0,35 - 0,64)$; дуже низький = 0,2 $\sim (0 - 0,34)$.

В якості факторів, які можуть впливати на ефективність ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я, є: стан фінансового забезпечення (R_1), стан матеріально-технічної бази (R_2), рівень кваліфікації персоналу (R_3), ефективність системи інформаційних ресурсів (R_4), рівень інноваційних технологій (R_5).

Складемо матрицю значень для подальшої побудови сценаріїв (табл. 3.8-3.11) для кожного із сценаріїв.

Таблиця 3.8

Матриця значень для побудови сценаріїв з високим рівнем впливу закладу охорони здоров'я

	Hight	Middle	Low	Very low
R_1	0,95	0,8	0,5	0,3
R_2	0,9	0,7	0,6	0,45
R_3	0,91	0,9	0,82	0,75
R_4	0,97	0,8	0,7	0,5
R_5	0,87	0,7	0,5	0,1

Примітка. Розраховано автором

Таблиця 3.9

**Матриця значень для побудови сценаріїв з середнім рівнем впливу закладу
охорони здоров'я**

	Hight	Middle	Low	Very low
R_1	0,85	0,9	0,7	0,30
R_2	0,9	0,95	0,8	0,50
R_3	0,91	0,9	0,82	0,75
R_4	0,85	0,89	0,75	0,60
R_5	0,85	0,92	0,7	0,40

Примітка. Розраховано автором

Таблиця 3.10

**Матриця значень для побудови сценаріїв з низьким рівнем впливу закладу
охорони здоров'я**

	Hight	Middle	Low	Very low
R_1	0,5	0,7	0,9	0,8
R_2	0,3	0,6	0,97	0,85
R_3	0,91	0,9	0,82	0,75
R_4	0,3	0,5	0,95	0,90
R_5	0,5	0,6	0,9	0,8

Примітка. Розраховано автором

Таблиця 3.11

**Матриця значень для побудови сценаріїв з низьким рівнем впливу закладу
охорони здоров'я**

	Hight	Middle	Low	Very low
R_1	0,5	0,7	0,8	0,95
R_2	0,2	0,4	0,6	0,9
R_3	0,91	0,9	0,82	0,75
R_4	0,6	0,7	0,8	0,92
R_5	0,65	0,75	0,89	0,95

Примітка. Розраховано автором

Після складання матриці ми генеруємо сценарії. Напишемо рівняння за яким буде розраховуватися ймовірність настання сценарію при дотриманні усіх

значень факторів.

При $R1 = H, \dots R6 = H$.

$$p(\text{high} = H)R1 = \frac{p(R1=H, R2=H, R3=H, R4=H, R5=H, R6=H)}{\sum \text{sit}(p(R1=H, R2=H, R3=H, R4=H, R5=H, R6=H))} \quad (3.16)$$

При $R1 = M, \dots R6 = M$.

$$p(\text{middle} = M)R1 = \frac{p(R1=M, R2=M, R3=M, R4=M, R5=M, R6=M)}{\sum \text{sit}(p(R1=M, R2=M, R3=M, R4=M, R5=M, R6=M))} \quad (3.17)$$

При $R1 = L, \dots R6 = L$.

$$p(\text{low} = L)R1 = \frac{p(R1=L, R2=L, R3=L, R4=L, R5=L, R6=L)}{\sum \text{sit}(p(R1=L, R2=L, R3=L, R4=L, R5=L, R6=L))} \quad (3.18)$$

При $R1 = VL, \dots R6 = VL$

$$p(VL)R1 = \frac{p(R1=VL, R2=VL, R3=VL, R4=VL, R5=VL, R6=VL)}{\sum \text{sit}(p(R1=VL, R2=VL, R3=VL, R4=VL, R5=VL, R6=VL))} \quad (3.19)$$

Ймовірність першого сценарію. $P(h) = 0,63632$, $P(m) = 0,27354$, $P(l) = 0,083517$, $P(vl) = 0,005415$.

$P(s1) = P(h) + P(m) + P(l) + P(vl) = 0,63632 + 0,27354 + 0,083517 + 0,005415 = 0,998792$,

$$P(s1/h) = \frac{0,63632}{0,998792} = 0,6371896,$$

$$P(s1/m) = \frac{0,27354}{0,998792} = 0,2738,$$

$$P(s1/l) = \frac{0,083517}{0,998792} = 0,08361,$$

$$P(s1/vl) = \frac{0,005415}{0,998792} = 0,00542,$$

При дотриманні всіх пунктів із сценарію 1, ймовірність настання цього сценарію 63,71%; ймовірність настання сценарію 2 - 27,38%; сценарію 3 - 8,361% та четвертого - 0,542%. Результат було отримано адекватний, бо при дотриманні усіх пунктів з оптимістичного сценарію ймовірність настання найгіршого має бути мінімальною [37].

Ймовірність другого сценарію $P(h) = 0,377175$; $P(m) = 0,42074$; $P(l) = 0,18075$; $P(vl) = 0,02025$;

$P(s_2) = P(h) + P(m) + P(l) + P(vk) = 0,998915$. $P(s_2/h) = 0,377849$; $P(s_2/m) = 0,42158$; $P(s_2/l) = 0,180946$; $P(s_2/vl) = 0,02027$.

Перевірка: $P(s_2/h) + P(s_2/m) + P(s_2/l) + P(s_2/vl) = 0,377849 + 0,42158 + 0,180946 + 0,02027 = 1$.

При дотриманні всіх пунктів із сценарію 2, ймовірність його настання – 42,15%; ймовірність настання сценарію 1 – 37,78%, 3 – 18,09% та останнього 4 – 2,027%.

Аналогічним чином розраховуємо значення ймовірностей настання третього сценарію та 1, 2 та 4. $P(h) = 0,0102$; $P(m) = 0,0567$; $P(l) = 0,305$; $P(vl) = 0,1836$; $P(s_3) = P(h) + P(m) + P(l) + P(vk) = 0,5555$; $P(s_3/h) = 0,01837$; $P(s_3/m) = 0,10216$; $P(s_3/l) = 0,54954$; $P(s_3/vl) = 0,33081$.

Перевірка: $P(s_3/h) + P(s_3/m) + P(s_3/l) + P(s_3/vl) = 0,01837 + 0,10216 + 0,54954 + 0,33081 = 1$.

При дотриманні пунктів із сценарію 3, параметри якого описані вище, ймовірність його настання – 54,95%. Першого – 1,837%. Другого – 10,21%. Та останнього – 33,08%.

Ймовірність настання четвертого (песимістичного сценарію). Для цього прорахуємо ймовірності та суму настання значення. Після чого, засовувавши формулу ймовірності Байеса, отримаємо ймовірність настання кожного із сценаріїв при урахуванні того, що виконуються всі пункти із сценарію 4.

$P(h) = 0,000708$; $P(m) = 0,02646$; $P(l) = 0,056048$; $P(vl) = 0,11208$.

$P(s_4) = P(h) + P(m) + P(l) + P(vk) = 0,19529$; $P(s_4/h) = 0,003625$; $P(s_4/m) = 0,13549$; $P(s_4/l) = 0,28699$; $P(s_4/vl) = 0,57391$.

Перевірка: $P(s_4/h) + P(s_4/m) + P(s_4/l) + P(s_4/vl) = 0,003625 + 0,13549 + 0,28699 + 0,57391 = 1$.

При дотриманні песимістичного сценарію ймовірність його настання – 57,39%. Першого – 0,3%. Другого – 13,54% та третього – 28,699%.

3.2. Диверсифікація джерел ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я

Для подальшого розвитку медичної галузі необхідним є розроблення та впровадження такої системи фінансування галузі охорони здоров'я, яка б врахувала як можливості громадян, так і їхні потреби. З цією метою доцільним є поєднання різних джерел фінансування, що у значній мірі дозволить покращити як фінансування медицини, так і якість послуг, що надаватимуться закладами охорони здоров'я. Раціональний розподіл фінансового навантаження між різними категоріями громадян, роботодавцями та державою забезпечить збільшення надходжень коштів та покращення якості медичних послуг.

Для цього реформування системи охорони здоров'я України повинне супроводжуватися посиленням її фінансового забезпечення шляхом диверсифікації джерел фінансових ресурсів на основі впровадження або популяризації, а також подальшого розвитку: 1) обов'язкового медичного страхування; 2) добровільного медичного страхування; 3) співплатежів із залученням коштів населення; 4) інноваційних джерел фінансування.

При цьому додаткові фінансові ресурси можуть бути отримані з наступних джерел.

1. Обов'язкове медичне страхування, послуги з якого надаватимуться страховими компаніями, які мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування.

Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. На відміну від інших державних зобов'язань, витрати на лікування окремого громадянина важко передбачити як з точки зору ймовірності таких витрат, так і з точки зору їх величини. Що більшу кількість внесків залучає страховик, то стійкішою є система з точки зору спроможності задовольнити несподівані

витрати будь-якого нового випадку. Саме тому обов'язкове медичне страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, у разі виникнення у населення потреби у них.

Іншим варіантом запровадження обов'язкового медичного страхування є формування його фонду як особливого виду бюджетних (консолідованих) коштів на основі внесків роботодавців, працівників і держави (залежно від того, хто є застрахований). Розпорядником цих коштів може бути НСЗУ, що має інформацію щодо технічних, матеріальних і професійних можливостей надання медичних послуг різними медичними закладами України. Внески на медичне страхування повинні сплачувати роботодавці, які зацікавлені у здоров'ї своїх працівників, що потребує ухвалення Верховною Радою України у найближчий час відповідного закону. При цьому за дітей, студентську молодь та людей пенсійного віку обов'язкові внески на медичне страхування може сплачувати держава.

2. Кошти фондів добровільного медичного страхування. Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією. На жаль, такий вид страхування є недоступним для працівників з низькими доходами, не кажучи вже про малозабезпечені верстви населення. Як правило, поліси добровільного медичного страхування працівники окремих, часто іноземних компаній отримують разом з роботою в якості елемента бонусної системи. При цьому застрахованими є усі працівники організації або підприємства. Такий елемент «обов'язковості» у добровільному медичному страхуванні дозволяє страховим компаніям наповнювати страхові пули людьми, з якими страховий випадок може статися з прогнозованою (з даних про вік, спадкові захворювання, спосіб життя тощо) статистичною ймовірністю.

Водночас, якщо споживачами послуг у галузі добровільного медичного страхування будуть виключно особи, які самостійно звертаються до страхових компаній, існує ймовірність реалізації ризику «негативного відбору» до пулів страхування – адже в умовах асиметричності інформації (коли клієнт страхової компанії знає про своє здоров'я і наміри використовувати медичні послуги в страховому періоді незрівнянно більше, ніж його страхова компанія) поліси страхування схильні купувати особи, для яких прогнозовані страхові виплати перевищуватимуть витрати на придбання полісу страхування. Саме з мотивів запобігання збиткам від поширеності такої моделі поведінки страхові організації нині встановлюють суттєві обмеження на суми страхових виплат. З одного боку, це дозволяє їм утримувати певний рівень прибутковості від надання послуг добровільного медичного страхування, з іншого – знижує привабливість таких програм для споживачів і відповідно – обмежує потенціал розвитку ринку страхування у цьому сегменті.

3. Кошти населення частіше залучаються у випадках, коли окремі види медичних послуг надаються на умовах співплатежів – частково вони фінансуються за рахунок бюджетних ресурсів, іншу частину оплачують домогосподарства. Система співплатежів є вирішальною у випадках, коли медичну послугу пацієнт прагне отримати з власної ініціативи, а її ненадання не загрожує його здоров'ю. Крім того, доцільно її застосовувати тоді, коли гарантовану державою медичну послугу (як-то аналізи, діагностичні процедури) пацієнт прагне отримати у комфортніших за стандартні умовах або позачергово.

4. Інноваційні джерела фінансування, зокрема державно-приватне партнерство (ДПП) у формі фасиліті-менеджменту (facility management).

В табл. 3.12 представлені переваги запровадження механізму державно-приватного партнерства для вітчизняних закладів охорони здоров'я, в тому числі і для Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру.

Як свідчить аналіз зарубіжного досвіду, потенціальними сферами реалізації проектів державно-приватного партнерства у вітчизняних медичних установах, в тому числі у ХОКД, можуть бути: 1) проектування, будівництво, експлуатація та управління інфраструктурою медичних установ; 2) надання медичних послуг; 3) розробка, виробництво та поширення нових медичних препаратів (ліків, вакцин та ін.); 4) розробка та виробництво нової медичної техніки, інструментів та обладнання; 5) послуги з медичних досліджень (лабораторні дослідження, МРТ, УЗД та ін.); 6) надання немедичних послуг: послуги з охорони медичних установ; комунально-господарські послуги; організація харчування в медичних установах; транспортні послуги; збір, знешкодження, транспортування та розміщення медичних відходів; організація і ведення бухгалтерського обліку; технічне обслуговування медичної техніки; прання білизни; технічне обслуговування інформаційних систем (телемедицина, електронна реєстратура, медичні картки та ін.).

Таблиця 3.12

**Переваги використання механізму державно-приватного партнерства
вітчизняними закладами охорони здоров'я**

ПЕРЕВАГИ		
Для держави	Для приватного інвестора	Для населення
1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> – підвищення ефективності бюджетних витрат на фінансування системи охорони здоров'я; – зменшення обсягів державного фінансування будівництва та експлуатації об'єктів охорони здоров'я та інших функцій галузі, до виконання яких буде залучено приватний сектор; – залучення приватних фінансових, інтелектуальних та трудових ресурсів до розвитку як всієї системи, так і окремих установ 	<ul style="list-style-type: none"> – приватний сектор отримує можливість збільшення економічного потенціалу діяльності на основі доступу до нових ринків та розширення існуючих сегментів діяльності, а також можливість довгострокового управління та користування державними об'єктами системи охорони здоров'я; – за умови вкладення інвестицій в об'єкти державної власності, підприємець отримує 	<ul style="list-style-type: none"> – підвищення якості та доступності медичних послуг; – отримання нових форм медичної допомоги, діагностичного обладнання, лікарських засобів та медичних препаратів; – підвищення темпів розвитку соціально значущої галузі, забезпечення її технічного і технологічного переозброєння; – збільшення ефективності використання

охорони здоров'я, а також використання управлінського досвіду та інноваційного потенціалу приватного сектора;	гарантії прибутковості, оскільки держава, як його партнер, несе певні ризики по забезпеченню мінімального рівня	загальних ресурсів суспільства, залучених у відтворювальний процес у системі охорони здоров'я; – формування умов та передумов для ефективного
---	---	--

Продовження таблиці 3.12

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> – впровадження інноваційних форм медичної допомоги, медичної техніки та інструментів, лікарських засобів та медичних препаратів завдяки впровадженню проектів державно-приватного партнерства; – підвищення ефективності управління державним майном у сфері охорони здоров'я; розвиток засад конкуренції на квазі-конкурентному ринку системи охорони здоров'я, а також формування конкурентних ринків усфері окремих сегментів охорони здоров'я, які не підлягають приватизації; – впровадження системи ефективного розподілу ризиків виконання проектів з бізнесом; – ліквідація структурних диспропорцій розвитку системи охорони здоров'я; – забезпечення партнерської взаємодії держави та приватного сектора відповідно до пріоритетних напрямів реформування охорони здоров'я в Україні. 	<ul style="list-style-type: none"> рентабельності; – користуючись державними гарантіями та маючи економічну свободу, приватна компанія може за рахунок підвищення продуктивності праці, впровадження інновацій збільшувати загальну прибутковість бізнесу під час терміну дії контракту з державою без вилучення надприбутку до бюджету; – розподіл ризиків функціонування проекту державно-приватного партнерства з державою; – державна підтримка та гарантії; позитивна соціальна реклама і репутація приватного оператора 	<ul style="list-style-type: none"> функціонування об'єктів охорони здоров'я, що знаходяться в державній власності, оптимального управління ними та раціональної експлуатації; – можливість вибору між державними та приватними медичними установами; – підвищення рівня та якості людського потенціалу в країні, регіоні, місті, селі та ін.; – забезпечення мультиплікативного ефекту в інших галузях економіки внаслідок підвищення рівня людського потенціалу у сфері охорони здоров'я.

Примітка. Сформовано на основі [8]

Аналіз світової практики реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про унікальність процесу їх застосування, що обумовлено особливостями: побудови моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я в країні; тенденцій економічного розвитку країни; структури та організації правової системи в країні; рівня децентралізації та автономності управління медичними установами; переважання форм державно-приватного партнерства в країні, а саме: договірних, інституційних чи суспільної взаємодії, а також розподілу відповідальності між державним та приватним сектором; переважних сфер та секторів реалізації проектів державно-приватного партнерства: сфери фінансування системи охорони здоров'я; безпосередньо сфери надання медичної допомоги та послуг; сфери послуг, що забезпечують підтримку життєдіяльності медичної установи; сфери розробки, виробництва та поширення ліків та медичних препаратів; сфери медичної освіти та ін.; типових конкурсних процедур, платіжних механізмів, які поширені в країні.

Тому повне дублювання світових моделей, форм реалізації проектів державно-приватного партнерства вітчизняними медичними установами, в тому числі ХОКД, може не призвести до необхідного результату. Разом з тим, функціонування системи охорони здоров'я пов'язано з надмірно високими суспільними ризиками, а також значними комерційними та політичними ризиками. Поспішне, неврегульоване впровадження проектів державно-приватного партнерства у цій сфері сьогодні може привести до економічних втрат для уряду та приватного сектора, а також соціальних втрат для суспільства. Відтак, існує нагальна необхідність розробки та впровадження інструментів інституційного, нормативно-правового та методичного забезпечення потенційної реалізації проектів державно-приватного партнерства.

Спеціалізований фасиліті-менеджмент зменшує витрати на утримання об'єктів нерухомості з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом

найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдальнь тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. У такому разі всі непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводяться на аутсорсинг. Юридично фасиліті-менеджмент може бути оформлений двома способами. Перший спосіб – це повний аутсорсинг усіх непрофільних функцій спеціалізованій керуючій компанії (шляхом укладення договору управління майном). Другий – це аутсорсинг окремих функцій шляхом укладення декількох договорів підряду.

Ключовим моментом у визначенні переваг фасиліті-менеджменту є те, що медичні працівники (лікарі, середній та молодший персонал, санітари та ін.) та адміністрація (головний лікар, заступники головного лікаря, керівники підрозділів та ін.) отримують можливість повністю сконцентруватися на своїх основних професійних функціях – організації надання та безпосередньому наданні медичної допомоги.

Доцільність застосування фасиліті-менеджменту в Україні визначається тим, що значна частина бюджетних коштів витрачається на забезпечення непрофільних функцій закладів охорони здоров'я – проведення капітального ремонту у медичному закладі або закупівлю і обслуговування вартісного медичного обладнання тощо. Тому така форма ДПП як фасиліті-менеджмент стане дієвим способом економії бюджетних коштів через зменшення витрат на утримання об'єктів нерухомості у галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням якості медичних послуг, економії коштів на закупівлях.

5. Доцільним є використання коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб; коштів, одержаних за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Проте, зважаючи на епізодичний характер допомоги від таких

джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі.

На потреби медичної галузі також можуть бути спрямовані кошти, від запровадження податків на продукти харчування з високим вмістом солі, транс жирів і напоїв з високим вмістом цукру та барвників, які завдають шкоди здоров'ю.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження ресурсного забезпеченням функціональної діяльності закладу охорони здоров'я (на прикладі Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру) дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

1. Ресурсне забезпечення функціональної діяльності посідає важливе місце серед різних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я будь-якого профілю. Результативність профілактичної та лікувально-діагностичної роботи лікарів та середнього медичного персоналу визначається не тільки рівнем їхньої компетентності, знань і умінь, ставленням до своїх функціональних обов'язків, а й рівнем матеріально-технічного забезпечення, технологічної оснащеності закладу охорони здоров'я, в якому вони працюють, належними умовами праці.

2. Дослідження наукових підходів до класифікації видів ресурсів, проведене в роботі, дозволило сформувати узагальнений перелік ресурсів закладів охорони здоров'я, до яких віднесено: матеріальні, технологічні, трудові, фінансові, інвестиційні, нематеріальні, просторові інформаційні, природні, правові ресурси, ресурси організаційної структури управління та час.

3. Хмельницький обласний кардіологічний диспансер (ХОКД) в системі охорони здоров'я України є одним із головних організаційно-методичних та лікувально-діагностичних закладів з надання високоспеціалізованої допомоги хворим серцево-судинними захворюваннями.

Для організації функціональної діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру важливим є наявність і раціональне використання ресурсів: матеріально-технічних, фінансових, кадрових, інформаційних тощо. Одними із найважливіших видів ресурсів закладів охорони здоров'я є фінансові ресурси, які складають основу для забезпечення досліджуваної установи всіма іншими видами ресурсів.

4. Соціологічне опитування лікарів Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру дозволило виявити чинники, які позитивно позначаються на ефективності надання медичних послуг та підвищують їхню якість, а саме належне кадрове, матеріально-технічне, фінансове, інформаційне забезпечення, досконалість організаційних технологій та умов праці. Одержані дані є важливою передумовою обґрунтування заходів з удосконалення надання медичної допомоги населенню та підвищення її якості.

Аналіз діючих механізмів ресурсного забезпечення діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру дозволив поділити їх на чотири групи: 1) механізми фінансового забезпечення; 2) механізм матеріально-технічного забезпечення; 3) механізми кадрового забезпечення; 4) механізми інформаційного забезпечення.

5. Для побудови ефективної системи ресурсозбереження закладів охорони здоров'я, в тому числі і Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру, використано метод сценарного прогнозування та моделювання. Дослідження проводилось на основі чотирьох сценаріїв удосконалення ресурсного забезпечення Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру: 1) поступового покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я; 2) відсутністю вираженої динаміки покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я; 3) покращення ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я за рахунок удосконалення окремих його елементів; 4) відсутністю моніторингу ситуації. За результатами проведеного дослідження, ймовірність настання першого сценарію становить 63,71%; другого – 27,38%; третього – 8,361% та четвертого – 0,542%. Результат було отримано адекватний, бо при дотриманні усіх пунктів з оптимістичного сценарію ймовірність настання найгіршого має бути мінімальною.

6. Диверсифікацію джерел ресурсного забезпечення функціональної діяльності Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру

запропоновано провести за рахунок: організації обов'язкового медичного страхування, послуги з якого надаватимуться страховими компаніями, які мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування; використання коштів фондів добровільного медичного страхування; залучення коштів населення шляхом надання окремих видів послуг на умовах співплатежів; запровадження інноваційних джерел фінансування, зокрема державно-приватного партнерства (ДПП) у формі фасиліті-менеджменту (facility management); використання коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб; коштів, одержаних за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Алькема В.Г., Пазєєва Г.М. Ресурсний потенціал системи економічної безпеки суб'єкта логістичної діяльності. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2013. Випуск 33. С. 200.
2. Андропов В.В. Медицинское страхование в Германии. *Проблемы управления здравоохранением*. 2005. № 4. С. 24–29.
3. Апаршина О.І. Методологічні підходи до трактування поняття «ресурсозбереження». Теоретичні і практичні аспекти економіки та інтелектуальної власності: *Збірник наукових праць ПДТУ у трьох томах*. Маріуполь, 2011. Т. 1. С. 156-163.
4. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Навч. посібник. Видавництво БДМУ, 2013. 360 с.
5. Безверхнюк Т. Принципи ресурсного забезпечення регіонального управління. URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Ardu_oBezverhruk.pdf
6. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. Чернівці: ПБКФ «Технодрук», 2017. 174 с.
7. Бідюк П.І. Аналіз часових рядів: навч. посібник. К. : ННК ІПСА НТУУ КПІ, 2004. 148 с.
8. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
9. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навч.-метод. матеріали. К. : НАДУ, 2015. 80 с.
10. Богацька Н., Швець О. Ресурсне забезпечення діяльності підприємства в сучасних умовах господарювання. URL : <http://intkonf.org/ken-dotsbogatska-nm-shvetsoiresursnezabezpechennya-diyalnosti-pidpriemstva-v-suchasnih-umovah-gospodaryuvannya>.

11. Вакуленко В.М. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія / І.В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю.В. Давидова та ін.; заред. В.М. Вакуленка, М.К. Орлатого. К. : НАДУ, 2009. 152 с.

12. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт. *Управление здравоохранением*. 2010. № 1. С. 9-16.

13. Васюк Н. О. Практичне заняття «Комунікації в діяльності закладу охорони здоров'я. Спілкування і манери поведінки лікаря». Застосування інтерактивних технологій у галузі знань «Державне управління» : зб. метод. матеріалів за результатами роботи Школи пед. майстерності (черв.-серп. 2013 р.) / за заг.ред. М. М. Білинської, В. М. Сороко, Л. А. Гаєвської. К. : НАДУ, 2014. 208 с. С. 42-52.

14. Васюк Н. О. Урегулювання конфліктних ситуацій в управлінській діяльності системи охорони здоров'я. Вирішення конфліктів: практичне заняття. Застосування інтерактивних технологій у галузі знань «Державне управління» : зб. метод. матеріалів з дидактики вищ. шк. / за заг. ред. М. М. Білинської, В. М. Сороко, Л. А. Гаєвської. К. : НАДУ, 2012. 240 с.

15. Великий тлумачний словник сучасної української мови. 5-те вид. К.; Ірпінь : Перун, 2005. URL : <http://www.lingvo.ua/uk/Interpret/uk-uk/-uk/>.

16. Венгерова И.В. Формирование системы управления ресурсным обеспечением медицинских услуг в современной экономике. *Современные проблемы науки и образования*. 2012. № 5. URL : <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7028>

17. Верхоглядова Н. І., Письменна О. Б. Класифікація ресурсів та її значення для управління ресурсозбереженням. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 16. С. 27-31. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2015_16_7.

18. Вовк І. Класифікація ресурсів підприємства. Сучасні підходи. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2011. Вип. 1(4). URL: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2011/11vippsp.pdf>.
19. Вороненко Ю. В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
20. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
21. Вороненко Ю. В., Михальчук В. М., Горачук В. В. та ін. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення: посібник. К., 2016. 163 с.
22. Вороненко Ю. В., Пашенко В. М. Бізнес-планування в охороні здоров'я. Кив: «Генеза», 2016. 336 с.
23. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є. та ін. Сучасні напрями менеджменту в охороні здоров'я: Навчально-методичний посібник. Київ: Медицина України, 2015. 335 с.
24. Вороненко Ю.В., Проданчук М. Г., Гойда Н.Г. та ін. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: Медицина України, 2014. 334 с.
25. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнесінформ*. 2016. №1. С. 190-194.
26. Гуськова В. Г., Бідюк П. І. Розробка сценарного підходу на основі моделей інтелектуального аналізу даних. *Наукові праці Донецького національного технічного університету. Серія : Інформатика, кібернетика та обчислювальна техніка*. 2016. Вип. 2. С. 158-164. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npdntu_inf_2016_2_25.

27. Двірко Ю.В. Методичні аспекти застосування бенчмаркінгу в діяльності торговельних підприємств споживчої кооперації. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2013. № 1. С. 112-121.

28. Дерев'янку Ю.М. Наукові підходи до визначення категорії «ресурс». *Механізм регулювання економіки*. 2009. № 1. С. 164.

29. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / Кер. авт. кол. І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло. К.: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

30. Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства : постанова КМУ № 384 від 11.04.2011 року. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/384-2011-%D0%BF>.

31. Довгань Л. Є., Каракай Ю. В., Артеменко Л. П. Стратегічне управління : навч. посіб. 2-ге вид. К. : ЦУЛ, 2011. 440 с.

32. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України; за заг. ред. В. Черненка, В. Рудого. К. : Академпрес, 2012. 112 с.

33. Зайченко Ю.П. Нечіткі моделі і методи в інтелектуальних системах: навч. посібник. К.: Слово, 2008. 340 с. \Zahirska I. Bayesian network application possibilities for corporate state modelling. Information systems, mechanics and control. NTUU «KPI». Vol. 4. Special issue. Kyiv, 2010. P.75-81.

34. Закаблук Г.О. Теоретичні аспекти соціально)економічного розвитку трудових ресурсів. *Держава та регіони. Сер.: Економіка та підприємництво*. 2014. №2. С.86-93.

35. Закон про організацію медичного обслуговування населення в Україні : проект від 15.04.2016 №4456. URL : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=57374

36. Заячківська О., Зорій Н. Сучасні підходи до системи контролю в медичних закладах. *Галицький економічний вісник*. 2009. № 1. С. 164-168.

37. Згуровський М.З., Бідюк П.І., Терентьев О.М. Системна методика побудови БМ. *Наукові вісті НТУУ «КПІ»*. 2007. №4. С. 47-61.

38. Іванов Ю.Б., Бережна Ю.В. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2014. № 11. С. 43-55.

39. Камінська О.С. Удосконалення фінансування видатків на охорону здоров'я: зарубіжний досвід. *Фінанси соціальної сфери. Наукові праці НДФІ*. 2016. № 2 (75). С. 135-147.

40. Квасницька Р.С. Сучасні підходи до визначення сутності та складових інвестиційних ресурсів. *Економічний часопис-XXI*. 2014. № 7-8(1). С. 75.

41. Кланца А. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи : матеріали Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю, Кам'янець-Подільський, грудень 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 144-147.

42. Кланца А. Удосконалення ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки та управління на сучасному етапі : матеріали доповідей IV Міжнародній студентській науково-практичній конференції, 7 листопада 2019 року, Тернопіль, 2019. С. 133-134.

43. Конституція України від 28.06.1996 року №254к/96-ВР URL : <http://zakon.rada.gov.ua/>

44. Корецький М. Х., Дегтяр А. О., Даций Н. В. Стратегічне управління : навч. посіб. К. : ЦУЛ, 2007. 240 с.

45. Краснокутська Н.С. Потенціал підприємства як об'єкт управління в перебігу еволюції теорії стратегічного управління. *Вісник СумДУ. Серія Економіка*. 2009. № 1. С. 169-177.

46. Кремінь О.М. Ресурсне та організаційне забезпечення ефективного розвитку підприємств (за матеріалами цукрових заводів України) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами». К., 2009. 21 с.

47. Крук О. М. Кончатна В. С. Аналіз кошторису видатків бюджетних установ. *Вісник Донбаської державної машинобудівної академії*. 2016. № 3. С. 107-112.
48. Круп'як Л.Б. Управління трудовими ресурсами організації: навч. Посібник. К.: Кондор - Видавництво, 2013. 278 с.
49. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.
50. Лехан В. М., Матюха Л. Ф., Надутий К. О. та ін. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я. Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів : сучасний стан проблеми в Україні: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 15–16 жовт. 2009 р. Київ, 2009. С. 41–42.
51. Літвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу. Одеса : ОРДІУ НАДУ, 2005. 142 с.
52. Майданевич Ю.П. Визначення активів підприємства та їх класифікація. *Вісник ЖГП*. 2002. № 20. С.166-169.
53. Майданик І. С. Розробка механізму формування та реалізації ресурсної стратегії у процесі стратегічного управління підприємством. *Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики*. 2015. № 3. С. 47-56.
54. Малік Є.О. Моделі організації систем фінансування охорони здоров'я, прийнятність їх для України. *Ринок цінних паперів*. 2010. №5-6. с. 25-30.
55. Мартиненко В.П. Стратегія життєздатності підприємств промисловості: навч. посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 328 с.
56. Мельник А. Ф. Муніципальний менеджмент : навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, О. П. Дудкіна. К. : Знання, 2006. 420 с.

57. Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю. Державне управління: навч. посіб.; за ред. А.Ф. Мельник. К. : Знання-Прес, 2003. 343 с.
58. Мельник, А. Ф. Державне та регіональне управління : навч. посібник / А. Ф. Мельник, А. Ю. Васіна, О. П. Дудкіна. Тернопіль: ТНЕУ, 2014. 452с.
59. Мельник, А. Ф. Механізм активізації регіонального розвитку в контексті українського виміру. Регіональні перетворення у світовому та українському вимірах: монографія / за наук.ред. д.е.н., проф.. А. І. Крисоватого та д.е.н., проф.. Є. В. Савельєва. Тернопіль : ТНЕУ, 2016. 388 с.
60. Мельник, А.Ф., Монастирський Г.Л. Управління розвитком муніципальних утворень : теорія, методологія, практика : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2007. 476 с.
61. Механізми реалізації регіональної структурної політики : монографія / А. Ф. Мельник, Л. А. Лаврів, А. Ю. Васіна та ін.; за заг. наук. ред. А. Ф. Мельник. Тернопіль : ТНЕУ, 2015. 329 с.
62. Мироню І.С., Новічкова О.М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навч. посіб. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
63. Міщенко Д.А., Міщенко Л. О. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. *Економічний простір*. 2016. № 106. С. 168-177.
64. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.
65. Мочерний С.В., Ларіна Я.С., Устенко О.А., Юрій С.І. Економічний енциклопедичний словник у двох томах. Т. 1. Львів: Світ, 2005. 616 с.
66. Муляр Т.С. Формування і реалізація стратегії підприємств. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки)*. 2013. № 2 (6). С. 289-300.

67. Новицький В.Є. Економічні ресурси цивілізаційного розвитку: навч. посібник. К.: НАУ, 2004. 268 с.
68. Новіков В. М. Діагностичне самооцінювання як невід'ємний елемент сучасної системи управління. *Стандартизація, сертифікація, якість*. № 2. 2011. С. 38-40.
69. Оболенський О.Ю., Солоненко І.М., Жаліло Л.І. та ін. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід: навч. посіб. К.: Асоціація міст України та громад, 2007. 191 с.
70. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 року №2801-ХІІ. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/>
71. Пілько А.Д., Малиміна О.П. Моделювання процесів управління ресурсним потенціалом підприємства. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2012. Вип. 8(2). С. 183-190.
72. Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Кручаниця В.В. Соціальна медицина як основа менеджменту в охороні здоров'я: навч. посіб. Ужгород, 2015. 280 с.
73. Полікова Л. В. Медики Близнюківщини забезпечили стовідсоткове обслуговування населення сімейними лікарями – одні з найперших в області: виступ на розширеній колегії Національної Ради з питань охорони здоров'я від 30.03.09 р. URL : <http://www.simmed.com.ua>.
74. Полянська А.С. Ресурсне забезпечення розвитку організацій в сучасних умовах господарювання. URL : <http://www.pdaa.com.ua/np/pdf/81.pdf>.
75. Посилкіна О. В., Братішко Ю. С., Кубасова Г. В. Управління персоналом : навч. посіб. для студ. економічних спец. вищих мед. та фарм. навч. закл. Х. : Вид-во НФаУ, 2015. 517 с.
76. Предєїн А.М. Роль ресурсів у стратегічному управлінні підприємствами. *Бізнесінформ*. 2012. № 9. С. 318-325.

77. Про доступ до публічної інформації : Закон України від 13.01.2011 року № 2939-VI. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/>.

78. Про затвердження Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними : постанова КМУ № 232 від 16. 02. 2011 року. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/232-2011-%D0%BF>.

79. Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства : постанова КМУ № 279 від 17. 03. 2011 року. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/279-2011-%D0%BF>.

80. Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 травня 2007 № 269 / сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070525_269.html.

81. Радиш Я. Ф., Васюк Н.О., Мельник Л. А. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій для слухачів спеціальності 8.15010006 «Державне управління у сфері охорони здоров'я» галузі знань 1501 «Державне управління». К. : НАДУ, 2015. 92 с.

82. Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення : звіт проекту ТАСІС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009. URL : http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert_letters/4_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf.

83. Сафонова Д.Л., Буряченко А.Є., Малік Є.О. та ін. Бюджетний менеджмент: тренінг-курс: навч. посіб. К.: ДННУ «Акад. фін. Управління», 2012. 400 с.

84. Словник української мови: В 10 т. К. : Наук. думка, 1972. Т. 3. С. 630.

85. Соковых И.С. Ресурсное обеспечение предприятий: сущность и принципы формирования. URL : <http://cyberleninka.ru/article/n/resursnoe-obespechenie-predpriyatiuschnost-i-printsipy-formirovaniya>
86. Темпюк М.А. Особливості формування ресурсного забезпечення діяльності підприємства. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка*. 2015. 20, Вип. 3. С. 150-154.
87. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я; за ред. О.В. Баєвої та І.М. Солоненка. К.: Вид-во МАУП, 2007. 374 с.
88. Феєр О. В., Дрозд М. В. Теоретичні основи ресурсного забезпечення діяльності підприємства. *Економіка і суспільство*. 2016. Випуск 6. С. 220–224.
89. Черненко В.В., Рудий В.О. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. К.: Академпрес, 2002. 112 с.
90. Чорна А. Структура ресурсного забезпечення економічної безпеки підприємства. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2009 р. № 4. Т. 1. С. 93.
91. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 6(2). С. 9-13. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6\(2\)__3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6(2)__3).
92. Шершньова З.Є. Стратегічне управління: підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. К.: КНЕУ, 2004. 699 с.
93. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент : навчальний посібник. Тернопіль : «Крок», 2017. 351 с.
94. Шкробанець І.Д. Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 72–75.
95. Шортел С., Калюжний А. Менеджмент в охороні здоров'я: пер. з англ.; за наук. ред. І.М.Солоненка. К.: Основи, 1998. 500 с.

96. Added-value Assessment at Rijkswaterstaat. URL : http://www.ppsbijhetrijk.nl/english/PPP_General/PPP_and_Infrastructure/Added_value_assesment_at_Rijkswaterstaat

97. Budzishovsky S. Labor and other resource sin the process of cost formation // Economic and Philosophical newspaper. 2012. № 46. P. 7.

98. Global Health Expenditure Database: Statistics and Indicators for 30 Countries. Health Status: Causes of mortality: OECD, 2016. URL : http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

99. Helfat C., Peteraf M. The dynamic resource-based view: capability life cycles. *Strategic Management Journal*. 2003. № 24. P. 997.

100. Roos G., Pike S., Fernstrom L. *Managing Intellectual Capital in Practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2005.

101. Rosin T. 17 Statistics on the current state of USA health care spending, finances. URL : <http://www.beckershospitalreview.com/finance/17-fascinating-statistics-on-the-current-state-of-us-healthcare-spending-finances.html>.

102. Standard Summary Project Fiche – IPA centralized programs: Project number 15: Implementation of Hospital Information System (HIS). Brussels: European Commission, 2008. URL : http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/serbia/ipa/2008/15-his_en.pdf.

103. The Boston Consulting Group: Health Care Payers & Providers. *Managing Health Care Costs and Quality*. URL : <http://on.bcg.com/1dvxtwA>.

104. Wernerfelt B. A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*. 1984. № 5. P. 173.

105. World-class management standards of efficiency and effectiveness. Belgrade: UNOPS Serbia Operations Centre; 2015. URL : http://europeanprogres.org/dokumenti/RSOC_FS_AboutUs_ENG.pdf.

ДОДОТКИ

Виконав: студент магістратури
спеціальності 281 Публічне
управління та адміністрування
заочної форми навчання
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

А. П.Дзісяк-Мокра
Ініціали, прізвище

Науковий керівник
кандидат наук з державного
управління, доцент кафедри
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

Т.В.Підлісна
Ініціали, прізвище

Робота допущена до захисту:
Завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування
к.е.н., доцент
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

Е.В. Щепанський
Ініціали, прізвище